

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Análisis de un Taller de estimulación cognitiva para adultos mayores con deterioro cognitivo leve.

Alumna: Roasio María Belén

Tutor: Pablo Gómez

Buenos Aires, 9 de Diciembre de 2020

INDICE

1. Introducción.....	2
2. Objetivos.....	3
2.1 Objetivo general.....	3
2.2. Objetivos específicos.....	3
3. Marco teórico.....	4
3.1 Vejez.....	4
3.1.1 Estereotipos en la vejez	6
3.2 Deterioro cognitivo.....	8
3.3 Funciones cerebrales superiores.....	11
3.4 Estimulación cognitiva	20
3.5 Pautas metodológicas	23
4. Metodología	27
4.1 Tipo de estudio.....	27
4.2 Participantes	27
4.3 Instrumentos.....	27
4.4 Procedimientos	28
5. Desarrollo.....	29
5.1 Introducción.....	29
5.2 Objetivo específico 1	30
5.3 Objetivo específico 2.....	34
5.4 Objetivo específico 3.....	38
6. Conclusiones	42
7. Referencias Bibliográficas	47

1.Introducción

La Práctica y Habilitación Profesional se llevó a cabo en una institución geriátrica ubicada en la zona de Palermo, dedicada a alojar a aproximadamente 40 adultos mayores. La institución brinda atención integral a personas mayores de 65 años de edad, como así también hospeda a personas con algún tipo de patología preexistente, aunque no necesariamente tengan cumplidos los 65 años.

El principal objetivo de la institución es la rehabilitación médica, sin embargo, desde el área psicológica, se intenta abordar desde una perspectiva comunitaria, atendiendo a los residentes desde las propias necesidades que surgen en la institución. Las intervenciones apuntan a ser personalizadas, realizándose una batería de test neuropsicológicos y exámenes médicos para poder establecer cierto diagnóstico, y a partir de allí desarrollar las estrategias acordes a cada residente.

En relación con la práctica profesional, la modalidad con respecto al cumplimiento de las horas, al estar atravesando una situación de emergencia sanitaria, se realizó de manera virtual. Entre las actividades que se efectuaron durante las horas de práctica, destacan la observación de diferentes talleres realizados por la psicóloga de la institución, observaciones de entrevistas a los residentes, lectura de bibliografía pertinente a la residencia y la elaboración y ayuda en el diseño de los talleres de estimulación cognitiva.

El tema para este trabajo de integración surgió a partir de las reuniones realizadas con la coordinadora de la práctica, a partir de la charla de una breve descripción de la institución, características de los residentes y las necesidades que el geriátrico estaba atravesando. Los talleres fueron llevados a cabo por la psicóloga y documentados mediante un video, por lo cual se pudo acceder a observar la dinámica de los mismos. Debido a la posibilidad de tener acceso a las grabaciones, a dialogar con los residentes, y a acceder al material de la institución, resultó interesante proponer el análisis y descripción de un taller de estimulación cognitiva.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

- Describir las funciones cognitivas, las técnicas de estimulación y las estrategias pedagógicas aplicadas en el taller con adultos mayores con deterioro cognitivo leve.

2.2 Objetivos Específicos

- Describir las funciones cognitivas de los adultos mayores con deterioro cognitivo leve que participaran del taller de estimulación cognitiva.
- Describir las técnicas de estimulación de las funciones cognitivas superiores, aplicadas en el taller con adultos mayores con deterioro cognitivo leve.
- Analizar las pautas metodológicas que utiliza el psicólogo en el desarrollo de los diferentes encuentros del taller de estimulación cognitiva.

3. Marco Teórico

3.1 Vejez

Comenzando por abordar el término de vejez, se destaca que según Ferrero (1998) es un concepto que no refleja un suceso del todo definido, ya que éste mismo es consecuencia de un evento transhistórico, siendo así un concepto que indica que para cada persona simboliza una etapa final que le es propia y singular, con características diferentes a otra persona de edad similar en igual contexto. Abordar la noción de vejez implica considerar perspectivas tanto filosóficas como biológicas, psicológicas y sociológicas. Siguiendo con estas variables, si bien hay un deterioro en cuanto a la variable biológica debido al debilitamiento en relación aspectos fisiológico y un aumento en la posibilidad de padecer ciertas patologías, esto no quiere decir que llegar a la etapa de adulto mayor sea equivalente a enfermedad. En relación a la variable social, se producen cambios en el rol del adulto mayor tanto a nivel individual como de la comunidad ya que generalmente su finalización en el ámbito laboral y profesional provoca en muchas ocasiones, ciertos inconvenientes en cuanto a la adaptación a esta etapa (Papalia, 1991).

Dulce Ruiz (2013) considera al transcurso del envejecimiento como un proceso individual, complejo, diferencial y multidimensional, en el cual se dan cambios permanentes desde el día que se nace a lo largo de toda la vida, los cuales dependen tanto de factores ambientales como biológicos. Varios autores hacen referencia a las diferentes acepciones que se tiene del concepto y proceso de vejez, por ejemplo, Neugarten y Neugartes (1987) refieren que a las personas adultas mayores se las puede conceptualizar de dos maneras diferentes. Por un lado se encontrarían los adultos jóvenes, haciendo alusión a este término, a aquellas personas que indistintamente de su edad cronológica, son personas que se caracterizan por ser activas y vitales. Por el contrario, conceptualizan a los adultos viejos, los cuales se distinguen por ser un grupo minoritario, más débiles y proclives a algunas enfermedades. Plantean también, que la mayoría de los padecimientos de las personas adultas mayores, es decir del grupo de los adultos viejos, no son consecuencias propias de esta etapa evolutiva, sino que surgen como respuesta a cierto estilo y forma de vida o enfermedades preexistentes de éstos mismos a lo largo del transcurso de su ciclo vital.

Tal cual mencionan Allegri y Roqué (2015), en el envejecimiento normal se dan cambios neuropsicológicos sin que estos llegasen a conformar un cuadro de deterioro o

demencia, como son los cambios de personalidad, en la capacidad de aprendizaje, cambios perceptivos, sensoriales como así también en el procesamiento de la información. El cuadro de deterioro cognitivo implica una pérdida en el rendimiento de algunas de las capacidades intelectuales superiores, ocasionando dicha pérdida la interferencia con las actividades normales y relaciones interpersonales de los individuos. Por su parte Neubauer, Scilling y Werner Wahl (2015) plantean que en la etapa del envejecimiento se requiere de una selección de actividades, tanto conductuales como psicológicas, para que el individuo pueda compensar dicha pérdida ocasionada por el avance de la edad; estos mecanismos de compensación se utilizan para seguir manteniendo un buen rendimiento en las actividades diarias. El bienestar solo puede resultar si las actividades que son compensadas, es decir estas nuevas actividades, son capaces de cumplimentar por lo menos las necesidades básicas. Según Ventura (2004), durante el proceso de envejecimiento normal, existen ciertos cambios en el desempeño cognitivo de los adultos mayores, lo cual se ven reflejado mayormente en los dominios del lenguaje, inteligencia, memoria, atención y habilidad visuo-espacial. En relación con la focalización de la atención para realizar una tarea sencilla, no se ve muy afectada durante la vejez, por el contrario, la memoria, específicamente la de trabajo, presenta cambios significativos en esta etapa al igual que la episódica, no siendo así la memoria semántica. Si bien los adultos mayores requieren de más tiempo para realizar las tareas, no presentan grandes dificultades en retener por un tiempo prolongado esa información, ya que las memorias procedurales o implícita no sufren cambios significativos. Las actividades cognitivas que reflejan un mayor descenso en esta etapa son las habilidades visuo-espaciales, la memoria verbal y el razonamiento. Según la tomografía por emisión de positrones revela que las personas mayores presentan un nivel menor desactivación del lóbulo frontal izquierdo durante el proceso de codificación en relación con los jóvenes, pero no se evidencia esa diferencia en relación al hemisferio derecho en los procesos de evocación, es decir que los descubrimientos a partir de esta tomografía evidencian que la edad afecta más el proceso de codificación que el de evocación.

El envejecimiento suele estar asociado a la fragilidad o debilidad. Las condiciones de las personas adultas mayores que tienen connotaciones negativas, se denominan factores de vulnerabilidad, como por ejemplo el deterioro de la salud, de los sentidos, de la memoria y las pérdidas. La vulnerabilidad está asociada con el deterioro del funcionamiento físico, psicológico y social. Los factores de vulnerabilidad interactúan entre sí, demostrando que una autopercepción de estos mismos con connotación negativa,

predice resultados adversos como cierta dificultad o discapacidad de las actividades de la vida cotidiana. La vulnerabilidad social aumenta la vulnerabilidad individual, física y psicológica (Sarvimäki & Stenbock Hult, 2014).

En este sentido hoy en día, hay variedad de estudios que nos permiten ampliar los conocimientos que se tienen acerca de la etapa de la vejez, como por ejemplo López Gómez y Marín Baena (2016) afirman que es reciente en el campo de la psicología social, el estudio e interés por el envejecimiento y la vejez, para abordarla como un fenómeno complejo, intentando proponer una alternativa de estudio con un sentido más dialectico y contextual, superando la visión descontextualizada. Esta nueva mirada, no solo implica considerar la etapa de la vejez, sino situaciones, comportamientos y condiciones precedentes, teniendo en cuenta las diversas formas que se vive el proceso vital, sabiendo que éstas serán definitivas para el envejecimiento, considerando con esta nueva perspectiva la vida de las personas no de manera aislada, sino como un proceso continuo humanizador. En las diferentes etapas y contextos, las condiciones que hay que tener presente, hacen referencia a las creencias, representaciones e imaginarios que se tengan en la cultura o sociedades con respecto a la etapa de la vejez.

3.1.1 Estereotipos en la vejez

Varios autores dan cuenta de la importancia de generar estereotipos positivos en cuanto a la etapa de envejecimiento, intentando cambiar así la imagen negativa que siempre les fue atribuida, provocando efectos negativos sobre ellos. Lo primordial, menciona Salvarezza (1998) es generar en el adulto mayor una visión positiva y equilibrada de sí mismo para que pueda centrarse y focalizarse en aspectos que le sean beneficiosos para su desarrollo, y poder dejar así de lado aquellos aspectos negativos. Por otra parte, en un estudio que realizó Barber (2017) arrojó como resultado la fuerte incidencia de los estereotipos negativos que se tiene de los adultos mayores con referencia a la pérdida de sus capacidades cognitivas. Estas actitudes implícitas, forman parte tanto de los jóvenes como así también de los mismos adultos. Las personas a las cuales se les realizó el estudio presentaban fuertes asociaciones entre malo y mayor, de hecho esta asociación implícita era más fuerte aún que incluyendo la asociación de raza y género.

La llamada tercera edad o vejez suele caracterizarse como un estado en la vida, a diferencia del envejecimiento, el cual resulta ser un proceso que ocurre a lo largo del ciclo vital. Decir que la etapa de la vejez lleva a las personas a la pérdida, el declive y el

deterioro, es la idea más común que se tiene con respecto a este estado. Esto puede verse influenciado puesto que, durante un largo periodo de tiempo, desde la psicología se asume un abordaje biomédico, que establece que nuestros sistemas biológicos pierden eficiencia luego de un periodo fuerte de crecimiento. Esta mirada estereotipada de la etapa de la vejez refleja un panorama sombrío, entendiendo que de manera necesaria cuando se avanza en edad, se producen cambios negativos. Esto es de suma importancia, puesto que aunque sean falsas creencias, producen efectos adversos en las personas (Fernández Ballesteros, 2004). Si bien en esta etapa del ciclo vital se producen ciertas pérdidas en cuanto a lo referido a su profesión, su estatus social o pérdidas familiares que implican necesariamente reformularse la mirada que uno tiene de sí mismo, no ineludiblemente debe manifestarse de forma negativa provocando malestar o sufrimiento (Salvarezza, 1998). Por ello se puede afirmar que estereotipos negativos provocan la declinación en el desarrollo de los adultos mayores, como de lo contrario, los estereotipos culturales positivos, producen efectos benéficos sobre ellos mismos (Iacub & Arias, 2010). Barber (2017) también menciona la importancia de la influencia de los estereotipos negativos, refiriendo que estos mismos se presentan como amenaza para su rendimiento en relación con su potencial y su autoconcepto. Estos mismos se han vuelto más negativos los últimos años debido a que la gente vive más tiempo, por lo cual los adultos mayores están más medicalizados y eso trae consigo diferentes consecuencias.

En la etapa de la vejez, ocurre un fenómeno que no sucede en otro periodo vital. Este mismo consiste en que cuando alguna actividad o tarea no puede ser desarrollada de modo positivo y satisfactorio, el adulto mayor le resta importancia y pasa a focalizar su atención a aspectos de la vida más positivos que no ponen en riesgo su autoestima. Este mecanismo que poseen los viejos funciona como defensa de su propia imagen, generando así, una manera distinta de enfrentar las situaciones de ansiedad que la propia etapa les presenta como consecuencia de la aproximación del final de sus vidas (Salvarezza, 1998).

En la actualidad, nuevas investigaciones utilizan el concepto de “amenaza estereotipada” para hacer referencia a los estereotipos en la edad adulta. Basándose en el modelo de amenazas múltiples propuesto por Shapiro y Neuberg se evidencian seis formas cualitativas diferentes de amenazas estereotipadas, siendo estas una construcción particular con mecanismos que son estables en ciertos dominios y grupos. Estas seis formas, surgen de la intersección de dos dimensiones, una de ellas es la que toma por objetivo de la amenaza al yo, y la segunda dimensión, es la que identifica como objetivo al grupo. Dentro de la primera dimensión, se pueden mencionar tres formas de amenaza:

la amenaza de como uno se ve en privado en relación sus propias habilidades, la de la propia reputación según la mirada por un miembro fuera del grupo y las amenazas de su propia reputación según la mirada de un miembro del grupo. En relación con la segunda dimensión, se mencionan las amenazas de cómo es visto el grupo en relación con sus habilidades, como es la reputación del grupo según los ojos de un miembro externo, como así también la mirada de uno de sus miembros (Barber, 2017). Como ya se mencionó anteriormente, existe evidencia que los estereotipos influyen de manera sistemática en el desarrollo de los adultos, aunque investigaciones recientes dan cuenta que ocurren dos fenómenos opuestos, por un lado como se ha dicho, las personas mayores asimilan los constructos que se tienen sobre ellos, causando efectos positivos o negativos, pero por otro lado, se observa que también se produce un efecto de disociación de estos estereotipos, este mismo proceso se da en personas que se sienten motivadas a tener una imagen positiva de ellos mismos. Este mecanismo hace referencia a la tendencia de establecer cierta distancia psicológica entre uno mismo y otras personas de igual edad. De esta forma, queda evidenciado que las personas mayores, participan en auto estereotipos selectivos, de forma tal de preservar los atributos positivos estereotipados y poder tomar distancia de aquellos negativos con respecto a su edad y grupo de referencia (Weiss & Kornadt, 2018).

3.2 Deterioro cognitivo leve

El trastorno neurocognitivo leve (DCL) según American Psychiatric Association (2013) para ser diagnosticado implica que se cumplan ciertos criterios de clasificación, entre ellos, que la persona demuestre cierto declive cognitivo en relación con un nivel previo de mayor desempeño en uno más áreas cognitivas. También debe evidenciarse, una preocupación del individuo, de un tercero o un facultativo con respecto a este deterioro mencionado en alguno de los dominios cognitivos. Otro de los criterios de los cuales debe tenerse presente son los resultados de los test neuropsicológicos, en los cuales deben obtenerse puntajes por debajo de la media. Los déficits cognitivos no deben ser lo suficientemente considerables como para interferir en las actividades de la vida cotidiana y el manejo de tareas complejas como sea la toma de medicamentos o manejo del dinero. Los déficits cognitivos no deben ser atribuibles de forma primaria a otros trastornos mentales como por ejemplo la esquizofrenia.

El término de deterioro cognitivo leve (DCL) se utiliza para caracterizar un trastorno que se da en adultos mayores. En general, este síndrome se encuentra caracterizado por fallas o trastornos en la memoria. En la actualidad, para definir el diagnóstico de DCL, se siguen dos criterios, uno tiene que ver con el déficit en la memoria, y el otro se encuentra asociado a diversas dificultades en otras áreas cognitivas correspondientes al desempeño de las funciones cerebrales superiores (López, 2003). Es necesario realizar un diagnóstico diferencial entre lo que es el deterioro leve y lo que implica un síndrome demencial. En lo que es el DCL, si bien hay un déficit en la memoria, esta misma no produce alteraciones en la vida diaria del sujeto, en tanto el síndrome demencial, presenta tanto dificultades en la memoria como en otras actividades cognitivas, generando dificultades en el funcionamiento de la vida cotidiana de los adultos mayores (Harris, Drake & Allegri, 2001). Se ha demostrado en diferentes estudios, que las variables que presentan mayor cambio en el envejecimiento, a partir de la evaluación de diferentes pruebas cognitivas, son las de atención sostenida y plasticidad cognitiva o capacidad de aprendizaje. Estos resultados son consistentes con otros hallazgos encontrados por otras investigaciones en las que se da cuenta que el progreso del declive cognitivo comienza con cierta disminución en la velocidad del procesamiento de la información, pérdida de la plasticidad cognitiva, el deterioro en el sistema atencional y problemas en la memoria (López Pérez Díaz, Calero & Navarro González, 2013)

Los olvidos, si bien son muy usuales en edades avanzadas, pueden ser signos de un posible incipiente síndrome demencial, es por esto que son uno de los síntomas más característicos del deterioro. Esto se ve reflejado en la queja insistente de los pacientes en comentarios tales como “mi memoria no es la de antes”, “me olvido fechas importantes”, o “me cuesta recordar nombres” (Allegri & Roqué, 2015). Si bien en cada adulto mayor las señales o síntomas son diferentes en cada caso, suele coincidir la queja sobre el olvido de nombres de personas que conocen, el olvido de nombres de objetos que utilizan habitualmente, como así también cierta dificultad en escoger las palabras acordes para la conversación u olvidarse del elemento que querían ir buscar o encontrar. Este conjunto de quejas se lo denomina habitualmente como aquella afectación a las funciones cognitivas relacionadas con el envejecimiento (Lapiente & Sánchez Navarro, 1998).

Si bien en el envejecimiento normal suele aparecer cierto deterioro o declive progresivo de las funciones cognitivas como la memoria, la actividad motora, las funciones ejecutivas y cierto enlentecimiento en el procesamiento de la información, el DCL presenta mecanismos patológicos. En un estudio realizado a un grupo de personas,

el cual consistía en hacerles un seguimiento por un período de 20 años, tanto de sus capacidades cognitivas como de sus características biológicas y físicas, evidencia como predictores para la evolución del deterioro, la hipertensión arterial y el colesterol, como así también el nivel intelectual en la infancia. Por otra parte, en referencia a nivel de estructuras se toma como predictor del deterioro cognitivo en los adultos mayores, el tamaño del hipocampo, el cual es imprescindible para la correcta actividad de la memoria, por lo que a si el tamaño disminuye, puede dar indicios de cierto deterioro. Este mismo también es predictor de la enfermedad de Alzheimer (Lopez & Calero, 2009).

Como predictor del DCL, se mencionan a aquellas personas que presentan sintomatología depresiva, puesto que se evidenció cierta relación entre la depresión y el deterioro. Los factores sociodemográficos también suelen ser claves para predecir y prever el DCL, puesto que aquellas personas de nivel socio económico bajo suelen ser más propensas a tener más riesgo de padecer deterioro o demencia. En relación con la edad, se observó que la mayoría de las personas que no presentaban deterioro, se encontraban dentro del rango de edad entre 60 y 69 años. Los que presentaban deterioro moderado, en su mayoría comprendían el rango de edad entre 80 y 89. Por último, los adultos mayores que poseen deterioro severo se encontraban en edades mayores a 90 años. En conclusión, si bien el deterioro cognitivo se asocia a alteraciones estructurales cerebrales relacionadas a la edad, de todas formas, ineludiblemente, hay variedad de elementos que protegen y postergan la aparición del deterioro o sus efectos. El mejor modo de prevenir los déficits cognitivos es mantener un buen estilo de vida tanto a nivel intelectual, social y físico (Lopez & Calero, 2009).

Es relativamente reciente el término de DCL, por lo que este concepto sigue siendo estudiado y analizado por diversas perspectivas y áreas. Los criterios y términos desarrollados por el DSM-5 (APA, 2013), dan cuenta de los avances en las técnicas de detección temprana. La evolución de este concepto y a sus criterios permiten dar un diagnóstico más temprano y más certero, convirtiendo a este término en un constructo de mucha utilidad clínica. A pesar de los avances y mejoras en los procesos de detección, aun no hay evidencia certera que haya medidas farmacológicas que se encuentren disponibles para mejorar o aliviar la sintomatología, como así tampoco para detenerla o enlentecerla. Por lo cual, el acento en el tratamiento está puesto en la terapia no farmacológica, dichas intervenciones apuntan a un entrenamiento tanto físico como cognitivo, a mejorar la alimentación propiciando un estilo de vida saludable. La intensificación del estudio e investigaciones de estas técnicas, facilitarían poder dar una

respuesta a la creciente demanda que presentan en la actualidad los adultos mayores producto del incipiente envejecimiento poblacional (González Palau, Buonanotte & Cáceres, 2015).

Hoy en día es indiscutible la tendencia en aumento de dicho envejecimiento, en la actualidad se constata que las consultas neurológicas por deterioro cognitivo ocupan el segundo lugar en los motivos de consultas con mayor frecuencia. Teniendo en cuenta estos indicadores, se hace necesario e indispensable el descubrimiento temprano de los indicios de deterioro para poder realizar una intervención temprana y poder así detener su declive y evitar su cronicidad hacia otro tipo de patologías (López Pérez Díaz et al., 2013). Se debe tener en cuenta que el trastorno neurocognitivo leve, según American Psychiatric Association (2013), presenta una gran variedad de síntomas comportamentales, síntomas disfuncionales y cognitivos. Debe prestarse atención a la sintomatología en relación con el sueño, como puede ser el insomnio, hipersomnia y alteraciones del ritmo circadiano. También otros de los indicios podrían ser síntomas de depresión, ya que muchos lo experimentan al comenzar a transitar el trastorno, como así también signos de apatía, reflejándose en cierta reactividad emocional como así también en la disminución en la motivación.

3.3 Funciones cerebrales superiores

Las funciones cerebrales superiores se definen como las capacidades que ponen en marcha la totalidad de un sistema que regula la información perceptual, la evocación de la memoria, la integridad de los mecanismos cortico-subcorticales y la competencia para procesar dos o más situaciones simultáneas. Dichas características son las que diferencian a los seres humanos de las demás especies. Estas mismas fueron evolucionando junto al crecimiento en tamaño de nuestro cerebro y se adquieren y desarrollan a partir de la interacción con los otros, es decir que son mediadas culturalmente. Al mencionar que hay funciones cerebrales superiores, se deduce que hay también funciones cerebrales inferiores, las cuales están determinadas genéticamente, acotando nuestro modo de comportarnos a una respuesta del ambiente (Rodríguez Rey, Toledo, Díaz Polizzi & Viñas, 2006).

Las diversas áreas intelectuales, tales como la comunicación, la orientación, el pensamiento, memoria, la percepción, el cálculo, la resolución de problemas y la orientación, son las llamadas funciones cognitivas superiores. Al envejecer y con el

transcurso de los años, algunas funciones cognitivas se ven alteradas o en declive, aunque en otros individuos estas funciones permanecen casi inalterables (Guerra, 2003). Estudios realizados recientemente, mencionan que estos cambios en dichas funciones se encuentran relacionados con sus funciones físicas. Se demostró que existe una relación significativa entre funciones cognitivas y funciones físicas: aquellas personas adultas mayores que poseen bajo rendimiento físico presentan también funciones cognitivas en niveles más bajos (Takumi et al., 2017).

Cuando se habla de funciones cerebrales superiores, Paffen (2015) plantea que éstas mismas deben interpretarse como un sistema complejo y no como funciones separadas. Realiza una comparación con el funcionamiento del sistema respiratorio en donde para ponerse en marcha, requiere que varios órganos del cuerpo se pongan en función de manera coordinada, desempeñando así cada uno una tarea específica. Esta equivalencia la utiliza para ejemplificar el modo de trabajar de las funciones superiores, desterrando así la idea de que las funciones cerebrales tengan un correlato específico con determinadas zonas de la corteza cerebral. Por lo tanto, para que una función superior se lleve a cabo, se deben organizar los diferentes componentes en sistemas de zonas que trabajan coordinadamente, cada elemento realizando su papel específico y a su vez pudiendo estar situadas en áreas totalmente diferentes del cerebro. A modo de ejemplo, se puede mencionar que para realizar una tarea cognitiva como leer, se requiere de diferentes elementos cerebrales, tales como la atención, llevada a cabo por el lóbulo frontal y el análisis visual ejecutado por el lóbulo occipital. Para detallar los diferentes elementos de cada trabajo cognitivo, Luria propuso la denominación de factor, la cual permite asociar los mecanismos psicofisiológicos con el nivel psicológico. No hay tarea cognitiva que pueda llevarse a cabo con la presencia de un solo factor o con el accionar de una única zona cerebral, por lo tanto, la actividad cognitiva requiere indefectiblemente la presencia de varios factores activando diversas zonas cerebrales.

En referencia a las diferentes zonas cerebrales que participan en el accionar de las actividades superiores, se puede mencionar a la corteza como el soporte de estas funciones más complejas, como lo son la actividad gestual, el lenguaje, las funciones ejecutivas, las gnosias o la memoria. La corteza cerebral es donde se asientan anatómicamente las funciones superiores, encontrándose integradas en diferentes zonas formando una red de interconexiones neuronales, formando una red integrada, en lugar de ubicarse en zonas aisladas (Rodríguez Rey et al., 2006).

A continuación, se realizará una breve reseña de las diversas funciones superiores, estas mismas son las praxias, la memoria, la atención, el lenguaje, gnosis y las funciones ejecutivas.

Comenzando por las praxias, se pueden definir como la habilidad de realizar movimientos que no son innatos, sino adquiridos en respuesta a estímulos que enriquecen la vida del hombre, pudiendo ser estos movimientos simples o complejos. Estas mismas son un conjunto organizado de movimientos con relación a un fin u objetivo, es decir no son movimientos azarosos (Labos, Slchavesky, Fuentes & Manes, 2008).

El primer modelo explicativo de las praxias, llamado modelo conexionista de Liepman, demuestra la existencia de un sistema de planificación motora, el cual se encuentra establecido en el hemisferio izquierdo. Este mismo modelo implica la presencia de tres componentes diferentes, el primero de ellos son las fórmulas de movimiento, haciendo referencia a una secuencia de acción a seguir. El segundo son los patrones inervatorios, pertenecientes al lóbulo frontal, dichos patrones transforman el movimiento en inervaciones exactas para lograr una postura adecuada de los miembros. Por último, el tercer componente llamado memorias kinéticas, siendo estas una relación funcional, las cual sigue su camino sin participación de las imágenes ni de la orientación (Labos et al., 2008).

Se puede pensar que la realización de un acto o actividad motora requiere que intervengan dos sistemas cerebrales, por un lado, aquel destinado a planificar, y por el otro, el destinado a ejecutar (Rodríguez Rey et al., 2006). Una alteración en esa organización en la secuencia coordinada para llevar adelante un movimiento, se denomina apraxia (Azcoaga, 1981). Burin et al. (2007) definen las apraxias, tomando el concepto de De Renzi, como el impedimento o inconveniente de hacer, de forma correcta, movimientos adquiridos como consecuencia de una lesión en determinada zona del cerebro, siempre y cuando no haya presencia de algún trastorno esencial motor o sensorial. Las personas que presentan apraxias se ven imposibilitadas de realizar gestos motores que antes de la lesión, efectuaban de manera normal.

La memoria, es la capacidad que se tiene para registrar eventos nuevos y evocar eventos pasados, es decir que es la facultad de incorporar, guardar y recordar información de manera precisa y clara (Rodríguez Rey et al., 2006). Según Portellano Pérez (2005) es una función neurocognitiva la cual permite evocar información ya almacenada, a diferencia del aprendizaje, ya que este radica en la posibilidad de captar información nueva.

Desde la antigüedad que la memoria es de interés de estudio. En un principio se pensaba a la memoria como una función unitaria, pero con el avance de la neuropsicología y la neurobiología se pudo evidenciar que la memoria es una función supramodal, dependiendo así para su funcionamiento, de diversos circuitos integrados que se distribuyen en diferentes estructuras del cerebro y sus sistemas. Uno de los pioneros fue James, quien describió dos modalidades de la memoria, siendo estas la memoria primaria y secundaria. Esta esquematización permitió el posterior desarrollo de las clasificaciones de memoria que se conocen hoy en día. Uno de los precursores en mencionar las alteraciones de la memoria como las amnesias, fue Betcherev, quien adjudicó estas mismas a las lesiones producidas en el lóbulo temporal. Por otra parte, Lashley fue uno de los pioneros en mencionar que la memoria incluía diferentes modalidades, por lo tanto, no era una función unitaria (Portellano Pérez, 2005).

Feldberg y Demey (2015), al referirse al concepto de memoria, consideran que esta misma se puede describir como un proceso temporal. Se pueden mencionar varias etapas o fases que se dan durante el transcurso del recordar. Estos procesos son la codificación, el almacenamiento y la recuperación. La codificación hace referencia al primer momento de este proceso donde ingresa la información al sistema, esta fase no es pasiva, sino que requiere cierto tratamiento la información ingresada para que esta misma pueda conservarse en la memoria y luego pueda ser evocada. En segunda instancia, se encuentra la fase de almacenamiento, la cual implica que la información se guarde en la memoria largo plazo. La consolidación de la información implica un filtro de información, puesto que no toda la información pasa a la memoria de largo plazo. Por último, la tercera etapa es la recuperación de la información, la cual implica un mecanismo en donde se busca cierta información para actualizarla y luego poder hacer uso de ella. Esta recuperación puede realizarse a través de tres modalidades: el recuerdo libre, el recuerdo con claves o el reconocimiento.

En relación con las modalidades de la memoria y el envejecimiento, se puede evidenciar que algunas se ven más afectadas que otras a lo largo de este proceso. Las modalidades que persisten estables en el tiempo son la semántica y la procedimental. Con relación a la modalidad semántica, la cual comprende el conocimiento general que se tiene del mundo, no se deteriora notablemente si la información es usada con mayor frecuencia, aunque no ocurre en la evocación de esa información. Con respecto a la memoria procedimental, referida a las habilidades, es la que menor declive presenta (Custodio et al., 2012).

Las modalidades que más se ven afectadas con el proceso de envejecimiento son la memoria de trabajo, la episódica y la prospectiva. Con relación a la memoria de trabajo, la cual implica la manipulación de la información, se afecta mayormente la cognición visoespacial que la cognición verbal. En relación con la memoria episódica, es una de las modalidades que más se deteriora con el proceso de envejecimiento, implica el recuerdo de los hechos de nuestras vidas. Por último, la memoria retrospectiva es también de las que más se produce cierto declive. Esta se refiere a la capacidad de evocar la realización de una actividad futura (Custodio et al., 2012).

La atención es la función mental mediante la cual un estímulo ubica a un objeto en el foco de la consciencia, diferenciándolo del resto de las percepciones a través de, desplazamiento, inhibición o atenuación de estímulos (Rodríguez Rey et al., 2006). La atención requiere realizar un proceso neural electroquímico, esto es que, a través de la selección de un estímulo, la consiguiente organización de la información se produzca un impacto en el sistema. Esta capacidad de producir un proceso neural puede ir desarrollándose progresivamente a lo largo de los años, desde la niñez hasta la adultez, incluyendo no solo la regulación del ingreso de la información, sino también su posterior procesamiento. Este proceso llamado atención se encuentra formado por diferentes estructuras tales como límbicas, perceptivas y motoras. La atención se sitúa en el tálamo, sistema límbico, córtex parietal y prefrontal, ganglios basales y el sistema reticular activador (Estévez González et al., 1997). Por su parte, Kolb y Wishaw (2009) plantean que la principal responsable del proceso y control atencional es la corteza prefrontal, dado que es la encargada de sostener la atención sobre cierto estímulo importante (atención selectiva) el tiempo que sea prescindible (atención sostenida), de dirigir la atención a un estímulo adecuado o de mantenerla en dos hechos al mismo momento (atención dividida).

El proceso atencional visual, es el resultado de una red de interconexiones tanto corticales como subcorticales, las cuales constituyen un circuito, el cual comienza con el ingreso de información capturada por la retina, y su salida la cual se realiza por medio del sistema oculomotor. El sistema atencional puede clasificarse en al menos nueve subtipos de aplicación clínica: la vigilia o alerta, el span atencional o nuestra amplitud atencional, la atención focal o selectiva, la atención de desplazamiento, la atención serial o atención para llevar adelante tareas de búsqueda o cancelación de estímulos repetidos, la atención dividida o dual, la atención de preparación para llevar a cabo una tarea cognitiva, atención sostenida y por último, la inhibición de respuestas naturales o automáticas (Estévez González et al., 1997).

La atención en los adultos mayores se ve disminuida con el tiempo. Esta alteración se encuentra estrechamente relacionada con la motivación que posee el adulto en la actividad o estímulo que esté realizando. Cuando la persona comienza cierto deterioro, el proceso atencional se deteriora y esto hace que no pueda guardar información, afectando también consecuentemente la memoria a corto plazo, haciendo que la persona no pueda sostener la atención en el tiempo y se encuentre más distraído. También se va afectando progresivamente con la edad la capacidad de seleccionar los estímulos adecuados (Sánchez Gil & Pérez Martínez, 2008).

Las alteraciones en la modalidad de la atención, específicamente en la sostenida y alternante, se deben a una lesión en el lóbulo prefrontal. Este es el encargado de concentrar el foco de la atención en un estímulo. Los sujetos con daños en dicha zona presentan dificultad para alternar su atención de un estímulo a otro, un aumento de la distractibilidad y dispersión en su atención ante estímulos irrelevantes. Dentro de las patologías atencionales se puede mencionar, mutismo acinético el cual refiere a una grave alteración en el estado de vigilia, acompañada por cierto grado de apatía y falta de iniciativa motora, psíquica o verbal. (Portellano, 2005). Otro de los trastornos atencionales, es la llamada conducta heminegligente, la cual hace referencia a una falla en dar respuesta u orientarse a un estímulo, esta falla es consecuencia de una lesión cerebral, descartando siempre la presencia de un trastorno elemental sensorial o motor. Se pueden clasificar en heminegligencias sensoriales o atencionales, heminegligencia motora o intencional, heminegligencia afectiva y por último heminegligencia representacional (Labos et al., 2008). El estado confusional, según Portellano (2005), es esencialmente un trastorno de la atención que afecta diferentes áreas cognitivas. Es un trastorno orgánico cerebral de presentación súbita, éste mismo puede ser reversible y es más frecuente en personas de edad avanzada. Por último, se encuentra el trastorno por déficit de atención, siendo uno de los motivos más frecuentes de consulta en el ámbito de la neuropsicología. Ese trastorno posee tres características centrales, las cuales son: la dificultad para sostener la atención, hiperactividad e impulsividad.

El lenguaje es el código que sirve para la comunicación entre las diferentes personas, ya sea de sonidos o gráfico, requiere de un proceso evolutivo que provoca varias modificaciones funcionales y morfológicas en la especie humana, como por ejemplo el sistema fonatorio (Rodríguez Rey et al., 2006). El lenguaje hablado, como cita Moreno Flagge (2013), es una función superior compleja, es un código de comunicación que da la posibilidad de relacionarnos con nuestra misma especie. Gracias al lenguaje, podemos

comunicar nuestras formas de pensar, nuestras ideas y también transmitir nuestras emociones. Posee funciones de gran importancia tal como ser un instrumento de la acción y el pensamiento, actuando como modulador de la conducta y como vía para obtener información y acceder a la cultura. El lenguaje implica un proceso complejo el cual se encuentra influenciado por la cultura, pero se sustenta en una estructura determinada genéticamente.

Se evidencian tres sistemas que sostienen el funcionamiento del lenguaje. Por un lado, se encuentra el sistema semántico, el cual comprende extensas áreas corticales tanto del hemisferio izquierdo como el derecho. Luego se evidencia el sistema intermedio, el cual sirve de mediación entre el sistema semántico y el instrumental. Se encuentra ubicado alrededor del sistema operativo. Por último, se encuentra este sistema operativo, el cual involucra las áreas de Broca y Wernicke. En lo que respecta al código lingüístico, se pueden mencionar cinco niveles, los cuales son el fonológico (fonemas y prosodia), nivel morfológico (ordenamiento lógico), nivel sintáctico (orden secuencial y reglas de la lengua), nivel semántico (significados) y por el último el nivel pragmático (efectos esperados). A lo largo del tiempo, se han desarrollado diversas teorías que intentan describir el desarrollo del lenguaje, estas teorías van desde una tendencia innata en la adquisición del lenguaje, hasta Piaget que plantea una tendencia constructivista condicionando la adquisición del lenguaje a la función representativa que realiza el niño a la hora de jugar. También aparecen teorías conductistas como la de Skinner, el cual se refiere al lenguaje como un papel mediador en el desarrollo del pensamiento. Teorías neurolingüísticas como la postulada por Luria, sostienen que tanto el lenguaje como las operaciones mentales evolucionan a través de un proceso de intercambio cultural y socialización (Moreno Flagge, 2013).

Las afasias son trastornos producidos por lesiones cerebrales, pudiendo afectar ambas modalidades, oral o escrita, tanto de manera cuantitativa como así también cualitativa, confirmando así diferentes síndromes (Moreno Flagge, 2013). Las afasias se pueden clasificar según tres criterios. El primer criterio de clasificación es según la fluidez verbal, pudiendo clasificarse la afasia en fluente o no fluente. Luego se puede emplear el criterio de clasificación según déficit de comprensión, expresión o ambos, en este caso se puede distinguir la afasia motora, afasia sensitiva y afasia mixta o sensitiva motora. Por último, se menciona al criterio de clasificación según su localización, en este apartado se puede mencionar la afasia anterior -lesión en el área de Broca- o afasia posterior -lesión en el área de Wernicke- (Perea, 2001).

Las gnosias, son la capacidad de reconocer los objetos por alguno de los canales sensitivos, en lo cual en cada reconocimiento hay rasgos particulares y comunes (Rodríguez Rey et al., 2006). Es la actividad organizada de la sensopercepción en donde la corteza recibe gran variedad de estímulos de manera simultánea y los organiza en una representación, la cual se forma a partir de la experiencia previa y la subjetividad de la persona. Esta organización consta de cuatro factores principales, el primero es la motivación, este proceso es fundamental para priorizar determinado estímulo sobre otro. El segundo factor, es la coincidencia en el tiempo de los estímulos sensoriales favoreciendo la integración y la síntesis de éstos. El tercer factor hace referencia a la repetición, favoreciendo la consolidación de los circuitos neuronales, lo que constituirá a los estereotipos perceptivos. Por último, el cuarto factor es el reforzamiento, el cual su función es ayudar a reforzar no solo los circuitos para permitir la estabilización de los estereotipos, sino también la discriminación y reconocimiento de un estímulo sobre otro. Cuando se consolida un estereotipo sensoperceptivo, da lugar a un reconocimiento de un acontecimiento externo al sujeto, y como dicho resultado se adquiere una gnosia. Estos resultados son posibles gracias al funcionamiento correcto de cierto analizador de los estímulos. Para cualquier tipo de gnosia, a excepción de la olfativa, estos analizadores consisten en los receptores sensoriales. El trayecto que realiza el estímulo es desde el receptor sensorial hasta la corteza, llegando a esta última a través de los nervios periféricos (Glejzer, 2015).

Las gnosias en una primera aproximación pueden clasificarse en complejas y simples. En las gnosias simples, como por ejemplo la auditiva o la visual, sólo interviene un analizador perceptivo. En las gnosias complejas se evidencia que intervienen más de un analizador, por lo que requieren para su organización, más de una estructura funcional. Un ejemplo de éstas son las gnosias visuoespaciales (Glejzer, 2015).

Las gnosias consisten en una función integradora de las áreas de asociación del cerebro, son procesos de reconocimiento de los diferentes estímulos. Participan en este proceso diversas áreas corticales y subcorticales. Una lesión en las áreas asociativas, producto de un accidente cerebrovascular o traumatismo, puede dificultar o imposibilitar que se les atribuya un significado a los estímulos percibidos, dando como resultado así, lo que se denomina agnosia. Freud fue quien acuñó el término, haciendo alusión a los trastornos que se producían como resultado de lesiones cerebrales (Portellano, 2005).

Un error en el reconocimiento de cierto estímulo sensorial, cuya falla no es producto de ningún deterioro cognitivo, ni déficits elementales como así tampoco de

alteraciones atencionales, se denomina agnosia. Esta alteración en el reconocimiento suele clasificarse desde una perspectiva clásica de dos formas, propuestas a finales del siglo XIX por Lissauer (Portellano, 2005). Una forma es la llamada aperceptiva, donde la falla en el reconocimiento ocurre en las etapas primeras del procesamiento de la información, el cual imposibilita acceder a sus propiedades elementales y crear una representación de este. La otra forma de agnosia es la llamada asociativa, en la cual el comienzo de la fase del procesamiento se encuentra conservado, pero el sujeto se ve imposibilitado para dar un significado a ese estímulo percibido (Amengual, 2008).

Otro modo de clasificar las agnosias es según su modalidad sensorial, estas mismas pueden dividirse en agnosias visuales -lesiones que comprometen el área de asociación visual- auditivas -sordera pura de las palabras y amusia el cual es un déficit en el reconocimiento de la música- táctiles -imposibilidad de reconocer objetos al tacto- y gustativas -se afecta la percepción de los sabores básicos- (Amengual, 2008).

El diagnóstico es fundamental para luego poder intervenir correctamente. Los pacientes mismos pueden reconocer ciertas dificultades específicas o en otras ocasiones, solo refieren cierta visión borrosa. Este examen diagnóstico comienza con un estudio clínico básico donde se realizan evaluaciones de discriminación de tamaño, longitud, determinar la integridad de la forma almacenada mediante el reconocimiento de figuras, la descripción de escenarios visuales, el reconocimiento de imágenes, el procesamiento de colores y la lectura (Amengual, 2008).

Las funciones ejecutivas (FE) son aquellas mediante las cuales se resuelven problemas, afrontándolos de manera eficaz y eficiente (Rodríguez Rey et al., 2006). Diversos autores describen estas funciones como las responsables de iniciar, inhibir o modular la atención y la actividad mental, las encargadas de transformar en acción los pensamientos, interactuar efectivamente en conversaciones y discusiones, como así también la capacidad de planificar la conducta y conducirla a un objetivo determinado. Las FE le brindan una estructura temporal a la conducta y seleccionan de manera planificada y organizada los procesos cognitivos. Son operaciones mentales, que se encuentran involucradas en la adaptación a situaciones novedosas, organizando ideas y comportamientos sencillos en conductas complejas orientadas a un resultado o fin. También son importantes ya que son las responsables de participar en la sensibilidad social, la conciencia y la empatía (Estévez González et al., 2000).

Las FE son indispensables ya que implican un conjunto de habilidades cognitivas que supervisan otras habilidades más básicas como son la memoria y atención, son

necesarias para adaptarse y desempeñarse de forma exitosa en la vida. Son fundamentales para poder reconocer situaciones nuevas o novedades, y poder planificar un nuevo plan de acción de forma alternativa para poder hacer frente a dicha situación inusual, cuando estas funciones se ven alteradas más allá de mantener preservadas el resto de las funciones cognitivas, impiden al sujeto realizar varias actividades de forma correcta, como por ejemplo mantener relaciones sociales estables, realizar un trabajo o conductas más simples como de autocuidado (Burin et al., 2007).

Las funciones ejecutivas son aquellas que hacen al lóbulo frontal la zona más evolucionada del humano. Estas mismas se ubican mayoritariamente en la llamada zona prefrontal (Estévez González et al., 2000). El llamado síndrome frontal hace referencia a las lesiones producidas en el lóbulo frontal, desencadenando una serie de trastornos que pueden ir desde trastornos motores, conductuales, de las funciones ejecutivas como así también trastornos específicos del lenguaje, calculo, memoria y atención. Entre las principales etiologías de este síndrome se puede mencionar tumores, trastornos degenerativos, traumatismos craneoencefálicos o accidentes cerebrovasculares. (Estévez González et al., 2000).

3.4 Estimulación cognitiva

La estimulación cognitiva según Sardinero Peña (2010) puede llegar a modificar el cerebro, puesto que mediante ésta se pueden transformar circuitos nerviosos o bien crear nuevos. Por lo tanto, puede modificarse el funcionamiento del cerebro, permitiendo así la mejora en la calidad de vida en las personas afectadas. El cerebro cuenta con cierta plasticidad que está presente a lo largo de todo el proceso evolutivo y esto es lo que permite la recuperación de ciertos procesos cognitivos que se hayan visto afectados. La intervención cognitiva debe ser lo antes posible. Por su parte Muñoz Cespedes y Tirapu Ustárroz (2001) plantean que son de crucial importancia los conceptos de conducta y plasticidad, con relación al desarrollo del sistema nervioso central para la evolución de una lesión luego de un daño cerebral. Dicha plasticidad se define como una habilidad para cambiar los patrones de conducta que tienen los organismos vivos, es por esto por lo que debe comprenderse tal concepto como un abanico de respuestas de un ser vivo para adaptarse a las demandas del medio en el cual vive. Este término también comprende las diferencias individuales que se dan en cada individuo para dar respuesta a ciertos

requerimientos del medio. En varias investigaciones preliminares se señaló la asociación entre plasticidad cognitiva, un buen funcionamiento cognitivo en adultos mayores y una disminución en el riesgo de deterioro cognitivo a largo plazo. Se evidencia también una mayor plasticidad cognitiva asociada a una mayor independencia en la vejez relacionado con mayor movilidad y desempeño en actividades de la vida cotidiana. Por el contrario, no se observa una relación significativa entre plasticidad cognitiva y depresión o ansiedad (Navarro González, Calero García, López Pérez Diaz & Gómez Ceballos, 2008).

Hay una diferencia en la utilización entre los términos de rehabilitación y estimulación cognitivas. El primer concepto se utiliza para pacientes con tratamientos focales, como lo son los producidos por algún traumatismo o accidente cerebrovascular. Por el contrario, el término de estimulación se utiliza para el tratamiento de pacientes con patologías neurodegenerativas con objetivos de mantenimiento más modestos (Feldberg & Demey, 2015). La aplicación de programas de estimulación cognitiva en adultos mayores puede aplicarse en áreas de praxias, gnosias, lenguaje, memoria, atención, cálculo y concentración (Garamendi Araujo, Delgado Ruiz & Amaya Alemán, 2010).

Se mencionan dos tipos de estrategias de rehabilitación o estimulación cognitiva. Una de ellas, son las técnicas de restauración y recuperación, basada en la concepción de que la repetición de dicha tarea que se ha visto afectada por un daño cerebral, pueda producir cierta mejoría en su futura ejecución. Dentro de estas estrategias se puede mencionar la modalidad de recuperación espontánea y la de restauración inducida por la rehabilitación. Estas técnicas de rehabilitación se usan preferentemente en niños porque su plasticidad cerebral es mayor y ayuda a la recuperación funcional. Por otra parte, se encuentran las técnicas de compensación y sustitución, las cuales apuntan a la utilización de otros sistemas funcionales como alternativos. En general estas técnicas se aplican en adultos mayores. Estos tipos de estrategias tienen por objetivo poner énfasis en la realización de actividades funcionales a través de ayuda externa o actividades alternativas que minoricen la necesidad de utilizar otros requisitos cognitivos (Portellano, 2005).

Una técnica muy efectiva en la estimulación cognitiva es la terapia de estimulación cognitiva (TEC) la cual consiste en un tratamiento breve psicosocial, didáctico y sencillo para personas que poseen deterioro cognitivo, tanto leve como moderado. Esta técnica aborda diferentes áreas, no solo el área cognitiva, sino también actividad física, estimulación sensorial, exploración de la infancia, discusión sobre actualidad, creatividad, juegos con palabras y números, como así también juegos grupales. Los encuentros están caracterizados por estimulación multisensorial, integrando

aspectos de orientación y reminiscencia. Los resultados que se obtienen al finalizar la aplicación de este tratamiento son muy favorables y se ven reflejados en el rendimiento cognitivo global y calidad de vida. Estos resultados positivos pueden asociarse al conjunto de distintas técnicas utilizadas en las sesiones (Castillo et al., 2012).

En relación con las estrategias de estimulación cognitiva para las apraxias, se puede mencionar que, para la ideomotora, es habitual la utilización de un espejo para que el paciente pueda visualizar el acto motor como así también emplear ayudas verbales, poniendo énfasis en el reentrenamiento del miembro apráxico. En relación con las apraxias ideatorias, se debe utilizar herramientas combinadas con ejercicios anteriores. Por ejemplo, meter una hoja de papel dentro de un sobre. Con respecto a las apraxias constructivas, las estrategias que se recomiendan es poner énfasis en actividades constructivas con dificultad creciente. Por último, para la apraxia del vestir, se proponen estrategias de visualización del acto motor frente a un espejo en conjunto con instrucciones verbales que ayuden a la realización de la tarea. En relación con las restantes modalidades de apraxias, se recomiendan estrategias que incluyan la utilización de espejos para la realización de los actos motores (Portellano, 2005).

Las técnicas de estimulación de la memoria requieren un capítulo aparte dentro de la neuropsicología, puesto que se trata de uno de los dominios más frecuentemente afectados. Uno de los entrenamientos más comunes es el de las estrategias mnemotécnicas, permitiendo organizar el material para el recuerdo y para una mayor eficiencia en el aprendizaje. También se pueden mencionar como parte de los programas de estimulación las estrategias verbales, visuales, adaptaciones del entorno, ayudas externas y la utilización de los sistemas de memorias preservados (Portellano, 2005).

De verse afectadas las funciones ejecutivas o la atención, debe tenerse en cuenta que las actividades no sean de larga duración, que la estimulación sea a través de los diferentes canales sensoriales, que haya un feedback hacia el paciente, informándolo de los errores que se va cometiendo y que el nivel de complejidad se aumente solo cuando se obtuvo con éxito una actividad. Las personas con trastornos prefrontales tienen cierta tendencia a la distracción y perseveración. Se pueden realizar diferentes ejercitaciones para su estimulación, basándose en pruebas de evaluación, tal como el Test del Sendero, el cual consiste en unir de forma alternada los números y letras o unir de manera consecutiva los números de diferentes colores, ayudando a mejorar la flexibilidad, la resistencia a la interferencia y la inhibición. En relación con las pruebas de atención, una tarea usualmente utilizada es una ejercitación que se basa en el test de evaluación llamado

Stroop el cual consiste en pedirle a la persona que mencione el color de la palabra en lugar del nombre del color. Esta prueba mejora la capacidad de inhibición. (Portellano, 2005).

El tratamiento de las agnosias consiste en actividades compensatorias utilizando la estimulación de otras modalidades sensoriales alternativas para el reconocimiento del estímulo, de esta forma se puede enseñar a la persona a combinar las modalidades táctiles y visuales, de esta manera se estaría facilitando el reconocimiento del objeto. Otras de las estrategias que se utilizan, son las verbales, es decir brindar la descripción acerca del estímulo a percibir. También se incluyen el uso de guías claves alternativas, esto es por ejemplo en el caso de los pacientes con prosopagnosia poder identificar cierto atributo en las caras de las personas, así mismo también se utilizan claves de color, texturas o diversos materiales. Otro tipo de estrategias son las de organización, esto refiere a organizar el entorno para que la persona pueda desenvolverse con mayor independencia en él sin correr mayores riesgos. Y, por último, otras de las estrategias es la seguridad, esto implica reducir el peligro ya sea en relación al ambiente o a los objetos, por ejemplo eliminar de su alcance cuchillos o elementos peligroso. (Amengual, 2008).

En relación con las técnicas de estimulación del lenguaje, se puede abordar desde la memoria semántica, con actividades que apunten a fortalecer la asociación entre significado y significante. Por ejemplo, con actividades de emparejamiento de palabras-imágenes, como así también formar agrupaciones en parejas semánticas. Otra forma de estimulación puede ser abordada apuntando a la estimulación auditiva y visual, para mejorar la capacidad de comprensión oral, basándose en las necesidades de la vida cotidiana. Pueden utilizarse tareas de organización de secuencias, detección de palabras infiltradas o la narración de una historia con su posterior realización de preguntas. Asimismo, puede apuntarse a fortalecer la expresión del adulto mayor en su vida cotidiana, realizando actividades donde se le muestra una imagen con un listado de palabras, para que luego el adulto deba describir y expresar lo que ve en ella (Gómez García & Pérez Lancho, 2019).

Jara Madrigal (2007) comenta la necesidad de implementar proyectos de rehabilitación para adultos mayores, debido a un gran crecimiento en la esperanza de vida, lo que conlleva una mayor demanda en cuanto a cuestiones sanitarias en adultos mayores. Berjano (2002) menciona que todas aquellas acciones destinadas a la salud del adulto mayor deben estar dirigidas al fortalecimiento de la autonomía personal.

López, López y Ariño (2002) plantean que la estimulación debe llevarse a cabo trabajando tanto con profesionales como familiares para alcanzar el estado máximo de bienestar físico, social y psicológico. Por su parte, Jara Madrigal (2007) propone que la estimulación debe apuntar tanto a disminuir o detener las incapacidades o daños, como así también a aumentar sus potencialidades.

3.5 Pautas metodológicas

A la hora de relacionarse con los adultos mayores y realizar la planificación de sus actividades, deben tenerse en cuenta sus preferencias individuales, ya que suelen ser menos flexibles ante los cambios y nuevos hábitos. Como así tampoco, deben dejarse de lado sus limitaciones físicas al momento de preparar sus actividades (Giai, 2015).

Para llevar a cabo un taller de estimulación cognitiva hay que tener en cuenta según López Ledo (2008) varias pautas metodológicas, como por ejemplo mantener un ambiente de confianza midiendo los estímulos que se les están proporcionando, mantener cierta rutina y reforzar aquellas conductas positivas. Las actividades propuestas deben ser de fácil realización, sin fomentar la competitividad. Las tareas deben estar adecuadas a las capacidades y limitaciones de los integrantes del grupo, deben ser actividades variadas, motivantes y siempre persiguiendo una meta u objetivo. Al relatar una consigna, es conveniente acompañar con lenguaje corporal, ofrecer y repetir el contenido, y ubicarlos en tiempo y espacio, y al finalizar hacer un saludo y despedida. El trato hacia ellos debe ser cuidado, fomentando el humor y evitando malos modos o comentarios agresivos, orientándoles en que es lo que deben y que no hacer. Antes de continuar con la actividad, es importante asegurarse que haya comprendido bien la consigna para evitar luego que se desaten reacciones desmesuradas. Por su parte Sardinero Peña (2010) describe una serie de pautas que debe tener en cuenta el terapeuta para obtener los mejores resultados posibles en su intervención. Refiere plantear un modelo teórico de partida, que el terapeuta pueda sustentar su intervención desde la perspectiva de la neuropsicología cognitiva ya que éste le ofrece una base sólida. En segundo lugar, se debe tener un orden de prioridades según los objetivos, diagramar un entrenamiento gradual progresivo para que la ayuda del terapeuta vaya desapareciendo poco a poco, que este entrenamiento sea adaptado tanto a las necesidades individuales como grupales, hacer hincapié en las habilidades conservadas para el desarrollo de las actividades, intentar que la intervención sea lo más precoz posible. Cuanto antes se realicen los tratamientos, mayores son las

posibilidades de recuperación. La duración de las intervenciones debe ser suficiente en el tiempo, respetando los procesos de cada individuo. También debe realizarse una devolución inmediata de la realización de las actividades y una recompensa por la ejecución, no solo cuando es exitosa sino recompensar también su esfuerzo. Por último, en relación con la evaluación, ésta debe ser permanente, periódica e interdisciplinaria. En todo este proceso debe incluirse al grupo familiar, puesto que son la fuente de información y contención, como así también tener presente la emoción y la conducta, para no dejar de lado los procesos motivacionales y afectivos del adulto mayor.

Sardinero Peña (2010) enfatiza la importancia de un feedback inmediato y una recompensa en la ejecución de las actividades. Plantea que, en su mayoría, los pacientes necesitan una devolución de sus resultados, puesto que puede ser que tengan dificultad para saber si su conducta es acorde a los requerimientos de la tarea. Esto les va a permitir mejorar su quehacer y su capacidad, y sentir un mayor control sobre su entorno. Por este motivo, es importante recompensar con un refuerzo social positivo a la persona. Esta recompensa no debe ser dirigida a la conducta o resultado de la actividad en sí, sino que debe ir dirigida también al esfuerzo realizado.

Los talleres de estimulación cognitiva no tienen por único objetivo la rehabilitación de sus funciones, sino que apuntan a una mejora integral de la calidad de vida del adulto mayor, así como incrementar la autonomía personal, fortalecer la identidad propia, obtener más seguridad, incrementar su autoestima, mejorar el estado de ánimo y estabilizar sus emociones, fortalecer las relaciones interpersonales y fomentar los vínculos afectivos, disminuir el estrés y la ansiedad, evitar la desconexión de su entorno, mejorar su calidad de vida en lo que respecta a las actividades de la vida diaria. Para cubrir estas necesidades, es indispensable que se tengan en cuenta, más allá de las características del grupo, las necesidades individuales. Para ello, es de suma importancia una evaluación detallada de cada uno de los adultos mayores, tanto neurológica, como psicológica y clínica (Peña Casanova, 1999). Otra pauta observada para diagramar estrategias para la intervención con adultos mayores, es que los adultos institucionalizados desde hace menos de 5 años prefieren actividades al aire libre (Giai, 2015).

Desde cualquier perspectiva didáctica, se debe comenzar por los pasos más básicos para el armado de un plan o taller. Estos constructos a plantear tienen que ver con saber cuál es grupo al cual va dirigido, que se va a enseñar o trabajar, como se va a llevar a cabo, cuándo y cómo será su evaluación. Se debe tener bien en claro las características

del grupo para saber cómo armar la estructura del plan, puesto que no es lo mismo intervenir con un grupo con deterioro cognitivo que con adultos que presenten algún tipo de demencia. En poblaciones de adultos mayores se busca trabajar sobre intereses particulares donde la persona pueda sentirse a gusto con la actividad, donde la planificación tenga cierto dinamismo y sea mutable, para que pueda adaptarse según se requiera. Más allá de cierta flexibilidad que debe tenerse en cuenta, se deben intentar respetar ciertos momentos, como lo son por ejemplo la asignación de tareas, la libre exploración y la resolución de problemas. En relación con las tareas, se debe mencionar si éstas mismas a llevarse a cabo son definidas, semidefinidas o no definidas. Deben plantearse ejes transversales dentro de los cuales debe desempeñarse todo el taller. En cuanto a la planificación, deben tenerse en cuenta todos los elementos que nos permitan llegar al objetivo, para ello debe estar presente, cuánto va a durar el plan, cuáles son los objetivos y la forma en que va a desarrollarse. Luego en cada sesión planificada, deben tenerse en cuenta las etapas de aprendizaje, la atención individual o colectiva, fomento de la creatividad y la motivación, los momentos de socialización y los momentos del desarrollo. Por último, se intenta que cada clase tenga su fase inicial, su fase de desarrollo y sus conclusiones (Escobar, 2003).

4. Metodología

4.1 Tipo de Estudio

Es un tipo de estudio descriptivo.

4.2 Participantes

El grupo de participantes estuvo conformado por cinco residentes del geriátrico, con características de deterioro cognitivo leve, que participaron de los diferentes talleres que se realizaron de estimulación cognitiva. Participaron dos residentes de sexo femenino y tres de sexo masculino, con edades comprendidas entre los 75 y 93 años aproximadamente. Todos los participantes que realizaron el taller se encontraban institucionalizados. Estos mismos fueron convocados juntamente con la psicóloga encargada de los encuentros, teniendo presente sus características en relación a su desempeño cognitivo y el nivel de motivación para participar de las diferentes actividades. Los integrantes de este grupo se encuentran residiendo en el geriátrico hace aproximadamente ya cinco o seis años. Los nombres fueron modificados para poder preservar la confidencialidad de los mismos.

Participó también la profesional que llevó a cabo los diferentes encuentros del taller, una psicóloga que ejerce en el área clínica con especialización en gerontología. Trabaja en esta institución como psicóloga hace un año, aunque colabora con ella desde otro rol hace ya más de siete años.

4.3 Instrumentos

- Observación no participante, mediante la visualización de varios videos en donde se realizan los talleres de estimulación cognitiva, en los cuales puede observarse el desempeño que tienen los residentes, en las áreas cognitivas, sociales y emocionales. A partir de estos videos, se realizó un registro de las actividades.
- Lectura de los resultados de las pruebas neuropsicológicas cognitivas administradas con anterioridad. Uno de los test observados fue el *Mini-Mental*

State Examination (MMSE) desarrollado por Folstein en 1975, el mismo consiste en evaluar la memoria de corto y largo plazo, la habilidad visuo-constructiva, las praxias por comando escrito y verbal, orientación y lenguaje, tanto comprensión verbal como escrita (Butman et al., 2001). Así mismo, otra de las pruebas a las cuales se tuvo acceso para poder observar, fue el Test del Reloj, que evalúa la visuo- espacialidad, el contenido y procesado de la hora, y las praxias constructivas. (Gigena et al., 1993).

- Entrevista semidirigida con la profesional del ámbito psicológico, con la finalidad de recolectar información sobre las estrategias pedagógicas y las técnicas de estimulación utilizadas, y así obtener su criterio como experta respecto al desenvolvimiento de un profesional de la salud ante este grupo etario con dificultades a nivel cognitivo.
- Lectura de historias clínicas, que permitieron obtener mayor información sobre los residentes y su desempeño.

4.4 Procedimiento

En un primero momento, se asistió a la entrevista con la coordinadora del área y luego de ello, se estableció el tema a tratar en el trabajo integrador según las posibilidades de los residentes y de la institución misma. Una vez definido éste mismo, se procedió a la lectura de las historias clínicas y los resultados de los test neuropsicológicos tomados a los residentes que participaron del taller de estimulación. Esto permitió obtener información pertinente a la hora de describir y analizar las características de los residentes que realizaron el taller. Esto permitió observar cuáles serían las áreas funcionales que necesitaban mayor grado de estimulación

Asimismo, se observaron diferentes videos, realizados por la coordinadora del área, de diferentes talleres de estimulación cognitiva y actividades variadas, a partir de los cuales se desarrolló un registro detallado de todo lo que allí aconteció.

Para finalizar, se procedió a entrevistar a la coordinadora del área, con una entrevista semidirigida, de aproximadamente treinta minutos de duración a través de la plataforma Zoom, cuya finalidad consistió en recabar información respecto a las estrategias metodológicas que utiliza y tiene en cuenta en el desarrollo de los diferentes talleres, con el fin de optimizar la eficacia de estos mismos.

5. Desarrollo

5.1 introducción

La residencia geriátrica, la cual alberga entre 45 y 50 residentes, apunta a mejorar el bienestar de los adultos mayores que allí residen. Para ello la institución cuenta con diversos profesionales del área de salud, tales como enfermeros, terapistas ocupacionales, psiquiatras y psicólogos. Si bien siempre la institución estuvo teñida por una mirada médica, es con el correr de los años donde la psicología pudo empezar a tomar terreno y empezar a generar cierto protagonismo. Tal es así, que hoy en día el área de psicología es de gran importancia para la institución.

Hace aproximadamente un año comenzaron a realizarse diferentes actividades y talleres de estimulación cognitiva, éstos mismos se llevan a cabo de manera grupal, dos veces por semana con una duración aproximada de dos horas, a los cuales se concurre de forma voluntaria. Si bien no hay un sector específico para ello en lo que respecta a lo edilicio, se acordó utilizar la parte trasera del comedor, ubicado en la planta baja del geriátrico donde todos pueden tener acceso. Las actividades por ahora no están divididas por niveles de desempeño, por lo que se trata de que las actividades sean variadas, tanto en lo que respecta a la dificultad como a los diferentes dominios, para que todos puedan participar y sea beneficioso.

Los talleres de estimulación cognitiva observados estaban dirigidos a personas con DCL, en el cual participaban cinco adultos mayores, tres de sexo masculino y dos de sexo femenino. Entre ellos se encuentra Polo quien tiene 80 años, hace seis años aproximadamente que se encuentra en la institución y tiene un hijo con el cual habla constantemente. En relación con sus estudios, posee secundario completo y se desarrolló laboralmente como vendedor de diferentes rubros. Su deterioro comienza a ser cada vez más progresivo, tal es así que en las últimas semanas tuvo dos episodios violentos, es por esto que se está haciendo una evaluación conjunta con el psiquiatra para analizar la medicación. Polo es uno de los residentes que se contagió de Covid en la institución, pero lo transcurrió sin síntomas. Su compañero de habitación es Pedro, quien también participó de los talleres de estimulación, estuvo internado por Covid, volvió muy deteriorado a la institución, pero enseguida comenzó a recuperarse, aunque presenta sintomatología depresiva. Pedro tiene 88 años y también hace seis años que se encuentra en la institución,

en una primera instancia ingresó su mujer y luego él por un problema de cadera, su mujer falleció hace unos años y Pedro continúa internado al cuidado de sus dos hijos. En relación con su desempeño profesional siempre trabajó en el área de salud. El tercer integrante masculino es Juan, quien tiene 75 años y hace un año que está residiendo en la institución y posee un diagnóstico psiquiátrico no identificado. También se contagió de Covid, pero con síntomas leves. Posee tres hijos con los cuales mantiene contacto bastante seguido y en relación a sus estudios, posee secundario completo y cursó las carreras universitarias de ingeniería y sociología, pero sin finalizarlas. Por otra parte, las participantes femeninas son María y Tota. María tiene 88 años y hace cuatro años que se encuentra en el geriátrico, es su hija quien se hace cargo de ella. En relación con sus estudios, tiene secundario completo y realizó un taller de costura, lo que le permitió luego desarrollarse laboralmente como profesora de costura y desempeñarse como modista realizando vestidos de novia. Por último, se encuentra Tota quien tiene 93 años de edad y reside en el geriátrico hace tres años. Quien se hace responsable de ella es un sobrino, ya que no tiene hijos. En relación a su desempeño laboral, trabajaba de pedicura asistiendo a diferentes domicilios.

A continuación, se realizará una descripción y desarrollo de las características de los dominios cognitivos de cada uno de los residentes.

5.2 Describir las funciones cognitivas de los adultos mayores con deterioro cognitivo leve que participarán del taller de estimulación cognitiva.

Los cinco residentes participantes de los talleres, tal como pudo leerse en sus historias clínicas y en la observación de los resultados de las pruebas neuropsicológicas, presentan diagnóstico de trastorno neurocognitivo leve, ya que tal como menciona López (2003), presentan dificultad en diversas áreas relativas al desempeño de las funciones superiores, siendo más significativo el deterioro en el dominio de la memoria. Al tener la posibilidad también de observar el resultado de las pruebas neuropsicológicas como lo son el Test del reloj y el MMSE se pudo conocer en detalle los dominios que se encontraban más afectados con el avance de la edad, todos los puntajes totales obtenidos se encontraban por debajo de la media en relación a otros sujetos de misma edad y nivel educativo. Dicho puntaje, refleja otro de los indicadores para diagnosticar el trastorno neurocognitivo menor, tal como refiere la American Psychiatric Association (2013)

mencionando como uno de los criterios para diagnosticar dicho trastorno, los puntajes obtenidos por debajo de la media en la realización de las pruebas neuropsicológicas.

Se observa, tanto en las historias clínicas como en la realización de los talleres, que los adultos mayores con DCL presentan cierto declive en varios dominios cognitivos, aunque esto no llegue a obstaculizar o bien impedir su desempeño en las actividades de la vida cotidiana. Como ejemplo se puede mencionar a lo observado en uno de los videos donde se realizan los talleres, donde en una primera instancia se les pregunta *¿en qué día se encuentran?*, *¿qué año?*, *¿en qué estación se encuentran?* y luego comienzan a realizar juegos de memoria. Tanto en la primera actividad como en la segunda, se observa cierta dificultad como así también se observa la imposibilidad de alguno de ellos, de mantenerse atentos y escuchando a lo largo de todo el taller. Esto da cuenta así del declive cognitivo en más de un dominio como lo es la atención sostenida y la memoria.

Si bien se observan estas características en la mayoría de los residentes, hay cierta diferencia interindividual entre ellos, ya que como menciona Guerra (2003) como consecuencia del paso de los años, algunos adultos mayores presentan deterioro en ciertos dominios, aunque en otros sujetos, esas mismas áreas cognitiva permanecen inalterables. Siguiendo con la lectura de las historias clínicas, se evidencia el declive que se produce en el transcurso del trastorno neurocognitivo leve. Con lo que respecta a las praxias, las cuales se definen como la capacidad de realizar movimientos, tanto simples como complejos, en respuesta a determinados estímulos (Labos et al., 2008), no se detectan alteraciones en ninguno de los residentes, tanto en las historias clínicas que no dan cuenta de ello, como en la observación de los videos. Con relación al dominio cognitivo de la memoria, se observó que presentan cambios bastante significativos, sobre todo en la memoria de trabajo implicando esta misma la utilización de cierta información (Custodio et al., 2012), como por ejemplo la repetición de entre seis y ocho dígitos, el recuerdo inmediato de un número telefónico o la repetición de una serie numérica (Portellano, 2005) donde todo el grupo de los participantes, tienen este dominio comprometido. Tomando una actividad para ejemplificar, se observan actividades donde la psicóloga les ofrece una secuencia numérica, y luego ellos deben repetirla. Otra ejercitación en el mismo taller, se puede ver cuando la psicóloga le pregunta a Tota en que año nació y luego cuántos años tiene, Tota no puede responder a esa última pregunta, entonces se le pide que intente sacar la cuenta, ella intenta realizar el cálculo, pero no puede, tal es así que contesta intentando compensar esa dificultad diciendo: *bueno, ¿por qué hay que sacar la cuenta?, que la saque quien quiera saber mi edad*. Se observa con este ejemplo,

como se intenta compensar dicha falla. En los adultos mayores, para resarcir cierta dificultad ante la resolución de determinadas tareas, se busca seleccionar otras actividades, tanto psicológicas como conductuales para compensar ese deterioro producido por el avance de la edad (Neubauer et al., 2015). Otro ejemplo se evidenció cuando Pedro, en uno de los talleres de estimulación se le pide que realice una cuenta sencilla, y tiene mucha dificultad para realizarla. En relación a la memoria semántica, los cinco residentes la mantienen conservada, comprendiendo esta misma el conocimiento general del mundo, aunque no siendo así con la memoria episódica, ya que esta modalidad de memoria, es la que más sufre deterioro con el avance de la edad (Custodio et al., 2012). En este último caso María y Polo son los residentes que más afectado tienen el dominio de la memoria episódica, viéndose reflejado tanto en su historia clínica como en los videos observados. Por ejemplo, se lo puede ver a Polo cuando en una de las actividades se le pregunta si son capaces de recordar un evento particular que había ocurrido en el geriátrico la semana anterior, el no pudo recordarlo, se lo intentó ayudar con algunas claves, pero de todas formas así tampoco fue posible.

En referencia al dominio cognitivo de la atención, función mediante la cual, a través de cierta inhibición o desplazamiento, se posiciona a un estímulo sobre otros, ubicándolo en el foco de la conciencia (Rodríguez Rey et al., 2006), todos los participantes del taller dan cuenta de algún grado de alteración en este dominio. Juan, Tota, Polo y Pedro son los que presentan mayor dificultad, principalmente con lo que respecta a la atención sostenida, es decir como mencionan Kolb y Wishaw (2009) tener la habilidad de mantener la atención durante un período de tiempo prolongado. En los diferentes talleres se observa, que a lo largo del transcurso de las actividades tienen dificultad en mantenerse atentos a las actividades y consignas, se observa que se distraen con cierta facilidad. Por ejemplo, se la puede ver a Tota en uno de los talleres, después de determinada cantidad de tiempo, como comienza a distraerse con el televisor y con las enfermeras que pasan por el lugar, sin poder prestar atención a las nuevas consignas, lo mismo se observa con Polo y Juan. Estos datos con respecto a la atención se encuentran detallados en las historias clínicas de los residentes, como así también lo refiere la psicóloga en la entrevista realizada, ya que es un punto de importancia para tener en cuenta en la planificación de los talleres. Otro dato a tener en cuenta, es que Pedro presenta sintomatología depresiva, es por ello que el proceso atencional también se ve afectado, ya que como mencionan López y Calero (2009) un predictor del DCL es la depresión.

Con lo que respecta al lenguaje, concepto que refiere a la posibilidad de interactuar con los demás a través de un código de comunicación, siendo ésta una función superior compleja (Moreno Flagge, 2013) no se observan mayores dificultades, tanto en la historia clínica como en los videos. Los resultados de las pruebas neuropsicológicas, en este dominio están en niveles esperados. Solo puede verse cierta dificultad en Polo en la observación de los videos con lo que respecta a la fluidez verbal, detectando cierta dificultad a la hora de expresarse y encontrar las palabras correctas a la hora de transmitir sus ideas.

En referencia a la orientación espacio temporal, se observa que todos presentan cierta dificultad, tanto en los resultados de las pruebas como en las observaciones de los talleres. Al comenzar cada taller, la parte inicial, consta de ubicarse en tiempo y espacio intentando que los residentes puedan decir en qué año están, que día es y algún otro dato que se requiera en ese momento. Al escuchar las respuestas de adultos mayores, se puede ver la gran dificultad que tienen para dar una respuesta correcta, y también se puede detectar como dicen, por ejemplo, el año correcto y luego al querer repetirlo se confunden. Por ejemplo, en uno de los videos observados, se ve a María que al preguntarle en que año se encuentra refiere estar en el año 2020, pero luego al preguntarle el día y el mes, refiere estar en el día y mes correcto, pero en el año 1985.

Otros de los dominios que presentan conservados en este grupo de participantes son las gnosias, siendo estas mismas la capacidad de reconocer rasgos particulares y comunes de los objetos. Este reconocimiento se realiza a través de alguno de los canales sensitivos (Rodríguez Rey, et al., 2006) No hay evidencia de síntomas de declive con respecto a este dominio cognitivo.

Por último, en lo que respecta a las funciones ejecutivas, según lo que refiere la psicóloga en la entrevista realizada, si bien no hay un declive muy pronunciado, sí pueden percibirse ciertas dificultades en lo que respecta sobre todo a la organización y planificación de las conductas y tareas, ya que las funciones ejecutivas organizan los procesos cognitivos, los seleccionan de forma planificada como así también le ofrecen a la conducta cierta estructura temporal (Estévez González et al., 2000).

Luego de revisar las historias clínicas, los resultados de los test neuropsicológicos y la observación de los diferentes videos, se concluye en referencia a este objetivo planteado, que el dominio que más se ve afectado por el paso de los años es la memoria, tal como menciona Ventura (2004) la memoria semántica no sufre cambios significativos, pero si presentan gran deterioro las modalidades de la memoria episódica

como así también la de trabajo. Esto puede verse en la mayoría de los talleres donde se observó que todos fallaron en las actividades donde se les indicaba a las personas que resuelvan ciertas operaciones mentales. Por ejemplo, una actividad consistía en pedirles que a cierto número se le reste cierta cantidad y luego que se le sume otra. Si bien todos no presentaron el mismo nivel de dificultad, tuvieron problemas para la resolución de esta tarea.

A modo de conclusión, como mencionan Allegri y Roqué (2015), debido a la sintomatología que presentan las personas con deterioro, si bien no provocan dificultad en el desenvolvimiento de sus tareas diarias, puede observarse cierto grado de interferencia en la realización de las actividades propuestas en los talleres.

A continuación, se hará una descripción de los diferentes talleres de estimulación cognitiva que realizó la psicóloga del geriátrico, para poder estimular y así lograr detener cierto deterioro que se produce como consecuencia de la edad avanzada, en varios de los dominios cognitivos.

5.3 Describir las técnicas de estimulación de las funciones cognitivas superiores, aplicadas en el taller con adultos mayores con deterioro cognitivo leve.

Los talleres de estimulación cognitiva, según refiere la psicóloga, se planifican con anterioridad para trabajar con énfasis en un dominio cognitivo específico, para asegurarse así que todos sean trabajados con especificidad. La realización de estos mismos es de gran importancia, ya que como describe Sardinero Peña (2010), la estimulación cognitiva puede llegar a crear nuevos circuitos nerviosos, produciendo un cambio en el cerebro.

En referencia a las técnicas de estimulación de las praxias, se observan pocas actividades en relación con este dominio, ya que todos los integrantes del grupo lo mantienen conservado. Las actividades que se desarrollaron consistían en pedirle a los participantes que realicen cierto acto motor, como por ejemplo hacer que se peinen o imitar el trabajo que realiza un carpintero. En otro de los talleres, en los cuales se trabajó con música, se les pidió a los participantes que realicen cierta coreografía comandada por la psicóloga, ella iba dando las indicaciones y ellos debían ir imitando. Otra actividad observada es la de realizar ciertos movimientos frente a un espejo, ya que se recomiendan

estrategias que incluyan la utilización de espejos para la realización de actos motores (Portellano, 2005).

Las actividades destinadas a la estimulación de la memoria son muchas y variadas, ya que como menciona Portellano, (2005) la modalidad de la memoria, al ser uno de los dominios más afectados, requiere mayor atención y descripción. Uno de los talleres más recientes fue sobre la temática de la primavera, en el cual una de las actividades consistía en recordar letras de canciones que tengan la palabra primavera, una vez encontrado el título de la canción, se los hacía escuchar un fragmento, y ellos debían continuar la frase. En otro de los talleres observados, se trabajó específicamente la memoria de trabajo, es decir la capacidad de elaboración de la información (Custodio et al., 2012) donde se realizó una actividad con cartas numéricas, se ponían sobre la mesa dos piloncitos de cartas, de dos o tres, y ellos debían realizar la cuenta y decir que grupo de cartas tenía más valor. En esta actividad, se observó que muchos necesitaban cierta ayuda, por ejemplo, no podían realizar la cuenta mentalmente y debían utilizar los dedos para contar. Algunos lograban hacerlo, pero demoraban mucho en el tiempo. En esta actividad particular fue Pedro quien requirió de mayor ayuda para poder llevar adelante la actividad. En relación a la memoria episódica, la cual hace referencia a los acontecimientos particulares que ocurrieron en el transcurso de nuestras vidas (Custodio et al., 2012) se observaron varias actividades que consistían en la narración de una historia, y donde a partir de allí, surgían preguntas determinadas a los residentes sobre su historia personal. Por ejemplo, se contaba la historia de una persona mayor que debía ser internada en un geriátrico y las visitas que luego recibía de su familia, particularmente de sus nietos. A partir de dicha historia se iban intercalando las preguntas hacia ellos, por ejemplo, si recordaban sus primeros días en el geriátrico o algunos eventos particulares de semanas anteriores que hayan acontecido. En un principio las preguntas eran más específicas, pero si no podían dar respuesta, se intentaba ampliarlas para que puedan recordar algo sobre ello. Por ejemplo, Juan no podía recordar sobre sus primeros momentos en la institución, entonces la psicóloga lo orientó para ver si era posible recordar algún detalle de aquella situación, aunque esto no fue posible. También se observó que María y Polo presentaron dificultad para resolver esta actividad. En relación con la memoria semántica, la cual refiere al conocimiento general que se tiene del mundo (Custodio et al., 2012) se puede observar en uno de los talleres, la realización de una actividad que consta en hacer un ping-pong de preguntas y respuestas sobre cultura en general. Se tienen ya preparados diferentes cuadernillos con diferentes temáticas, en este

taller, por ejemplo, comenzaron por el cuadernillo de cultura general, algunas preguntas fueron ¿cómo se llamaba a la hija de San Martín?, ¿Qué continente es más grande?, ¿cuál es el océano de mayor extensión? Luego eligieron el cuadernillo de la temática naturaleza, donde algunas preguntas fueron ¿cuáles son las unidades básicas que forman nuestro cuerpo ¿que comen las vacas? ¿los dinosaurios vivieron durante la edad media? Etc. En estas actividades no se observó mayor dificultad, ya que esta modalidad de memoria es la que presenta menor grado de deterioro en los adultos mayores (Ventura, 2004).

En las actividades relacionadas al dominio de la atención, se observaron varias propuestas. Una de ellas, en el taller realizado sobre la temática de la primavera, una actividad consistía en presentarles a los participantes un conjunto de dibujos referidos a la primavera y entre ellos, uno que no estaba relacionado con esa escena, el cual los participantes debían identificar. Otras de las actividades que se observó, fue la de cancelación de estímulos. Esta misma consistió en darles una hoja a cada participante con varios elementos dibujados, ellos debían ir tachando el estímulo que les iba indicado la psicóloga. En relación con estas actividades, no se vieron grandes dificultades, ya que como menciona Ventura (2004), durante la edad adulta, las tareas sencillas que requieren la focalización de la atención, no se encuentran muy afectadas.

Otra actividad realizada en los talleres consiste en actividades basadas en la prueba de evaluación de Stroop (Portellano, 2005) que apunta a mejorar la capacidad de inhibición, donde se le pide al sujeto que no nombre el color escrito, sino el color de la tinta de la palabra. La psicóloga refiere que, para la planificación de las actividades en relación con este dominio, se intentan tener en cuenta temáticas que le sean de gran interés a las personas mayores. Esto es fundamental para su correcto desarrollo, ya que tal como mencionan Sánchez Gil y Pérez Martínez (2008) la motivación que tenga el adulto mayor, tanto en el estímulo como en las tareas que se encuentre realizando, va a estar estrechamente influenciado en las alteraciones de la atención.

En cuanto a los talleres destinados a la estimulación de las gnosias, no se observa mucho material debido a que es otro de los dominios, junto con las praxias, los cuales se mantienen conservados en este grupo de residentes. La actividad que pudo observarse consistía en percibir cierto estímulo a través de otro de los sentidos, ya que el tratamiento de las agnosias según Amengual (2008) consiste en estrategias compensatorias utilizando otras modalidades sensoriales alternativas. Por ejemplo, se observa que una de las tareas consistía en taparse los ojos, probar ciertos alimentos y así poder deducir de qué alimento se trataba. En caso de no poder adivinarlo solo con el gusto, los compañeros podían darle

alguna pista sobre el alimento en cuestión, ya que otra de las estrategias que se utilizan en referencia a la estimulación de las gnosias, es la descripción verbal por parte de otra persona, de los estímulos a percibir (Amengual, 2008). Otra de las actividades consistía en estimular el sentido del tacto, también con los ojos tapados, se ponían al alcance del participante varios objetos con diferentes texturas, en caso de no adivinarlo, sus compañeros podían ayudar con algunas indicaciones. Y, por último, otra de las actividades que se observaron, fueron destinadas a la estimulación del olfato, donde la persona debía percibir de que olor se trataba el estímulo el cual estaba percibiendo. La psicóloga refiere que, si bien son talleres que no se hacen con mayor frecuencia, son las actividades que más entusiasmo a los residentes, junto con las actividades musicales.

En referencia al lenguaje, se observaron actividades como por ejemplo el emparejamiento de palabras-imágenes, que buscan el fortalecimiento de la asociación entre significado y significante (Gómez García & Pérez Lancho, 2019). En el taller realizado en relación con la temática de la primavera, se llevaron adelante varias tareas en referencia a dicha palabra. Por ejemplo, primero debían deletrear la palabra primavera, luego se les pedía que cada uno en un papel pueda escribir cinco palabras asociadas a ese término, al finalizar se les pidió otro listado con palabras que empiecen con la sigla *pri*. Luego de esa actividad, comenzaron a trabajar con el término flores, primero se les pidió que puedan mencionar diferentes tipos de flores y luego con esa variedad de palabras, trabajaron sobre cada una de ellas, buscando en cada palabra cuales eran las letras vocales y cuales las consonantes. Otra actividad que se observó en uno de los talleres, que apuntan a fortalecer la expresión del adulto en su vida cotidiana (Gómez García & Pérez Lancho, 2019) consistía en darle a los participantes un listado de palabras sencillas y relacionadas entre sí junto con una imagen, para que ellos pudiesen describir la escena en cuestión. En general en estas actividades, no se presentaron mayores dificultades, exceptuando a Polo que es uno de los residentes que más tiene afectado el dominio del lenguaje.

Por último, en relación con las funciones ejecutivas, las cuales permiten la resolución de problemas de forma eficiente y eficaz (Rodríguez et al., 2006) una de las actividades observadas consistía en darle una hoja a cada uno de los participantes, en las cuales tenían distribuidos al azar números de diferentes colores, como así también números en blanco y negro, ellos debían unir de manera consecutiva esos números de los colores que el profesional iba indicando. Este estilo de actividades apunta a mejorar la inhibición, la resistencia a la interferencia y la flexibilidad, ya que los adultos que

presentan deterioro en las áreas prefrontales tienen cierta tendencia a la perseveración y distracción. (Portellano, 2005).

Si bien en este apartado se realizó una descripción de los ejercicios de estimulación cognitiva en relación con cada dominio, en los talleres se trabajan de forma conjunta, buscando una mejora en las capacidades o un detenimiento del declive, como así también como menciona Peña Casanova (1999), la realización de los talleres de estimulación apunta a favorecer el desarrollo de forma integral de los adultos mayores, en referencia tanto a su autoestima, como seguridad y autonomía personal.

Para el correcto desenvolvimiento de los talleres de estimulación cognitiva, deben tenerse en cuenta ciertas pautas metodológicas, estas mismas serán detalladas en el apartado siguiente.

5.4 Analizar las pautas metodológicas que utiliza el psicólogo en el desarrollo de los diferentes encuentros del taller de estimulación cognitiva.

La planificación de los talleres de estimulación se realiza con anterioridad y con una duración de ejecución de dos semanas. Esto va a permitir, según refiere la psicóloga, ir cambiando y flexibilizando las tareas, como así también diseñar un trabajo más personalizado. Las personas de edad adulta son menos flexibles ante situaciones novedosas, es por esto que deben tenerse en cuenta sus particularidades y necesidades individuales (Giai, 2015). Dicha falta de flexibilización se observó en el desarrollo de los talleres cuando en el momento de ser convocados y sentarse en forma de ronda, cada uno elige siempre el mismo lugar. Si bien la psicóloga comenta que intenta ir modificando los lugares en los cuales se sientan, incluso su propio lugar, es algo que genera cierta resistencia.

Otro de los puntos a tener en cuenta en la realización de los talleres es definir al grupo al cual van a estar dirigidos, ya que no es lo mismo preparar actividades para residentes con envejecimiento normal que para grupos con demencia. Si bien en su mayoría por cuestiones de falta de personal, realiza los talleres todos juntos, en algunas ocasiones tiene la posibilidad de diferenciar los grupos y las tareas. Se debe comenzar desde cualquier perspectiva didáctica, por los pasos más sencillos a la hora de diagramar un taller, esto es a quien va dirigido, que se va a enseñar, como se llevará a cabo y cuál será su formato de evaluación. (Escobar, 2003).

Continuando con la planificación de los talleres, otra de las cuestiones que la psicóloga tiene presente, es armarla en función a ciertos objetivos, teniendo en cuenta el tiempo de duración como así también la idea de que el terapeuta vaya desapareciendo poco a poco, respetando las necesidades individuales y diagramando las actividades de forma progresiva (Sardinero Peña, 2010)

Con referencia a respetar los tiempos de cada adulto, la psicóloga si bien estipula cierto tiempo para cada encuentro y determinada cantidad de encuentros para cada temática, refiere que no siempre se cumple e intenta adaptarse a los tiempos de los residentes, cambiando la planificación si es que así se requiere. Si bien lo ideal, en su opinión, sería dividir los grupos por diferentes actividades, teniendo en cuenta los dominios a estimular en cada caso en particular, ya que como menciona López Ledo (2008) las actividades deben ser acordes a las limitaciones y capacidades que el grupo posea, esto no siempre se hace posible por falta de personal. Este dilema pudo observarse en algunas actividades más complejas, donde ciertos residentes se vieron imposibilitados de seguir con la consigna.

Se intenta que la planificación de todos los talleres, más allá que vayan variando las actividades o el énfasis en los dominios cognitivos, haya una temática que los atraviese a todos. Permitiendo de esta forma, que pueda haber cierta coherencia entre un taller y otro, esto refiere a como menciona Escobar (2003) que todos los encuentros, deben estar atravesados por un eje transversal que los una.

Cada encuentro tiene cierta estructura a seguir. Esto se pudo observar en los videos, donde al comenzar en la fase inicial se les menciona el por qué y para qué fueron convocados, luego se intenta que se ubiquen en espacio y tiempo a partir de preguntas como: *¿en qué día se encuentran?, ¿en qué año estamos?, ¿en qué estación del año?, ¿se acuerdan como se llama el lugar?*, entre otras preguntas de orientación espaciotemporal. Una vez finalizada la introducción, se comienza con las actividades de estimulación propiamente dichas. Luego se hace un breve cierre donde se realiza una puesta en común de cómo se sintieron durante el taller, intentando así en cada clase, mantener la estructura de una fase de inicio, una fase de desarrollo y una última fase de conclusiones. (Escobar.2003).

Una dificultad que menciona la psicóloga que sucede hoy en día para el desarrollo del taller, es la cuestión del barbijo, ya que a muchos se les dificulta poder entender una consigna o bien escucharla debido a que la audición en muchos casos está disminuida. Esta situación se vio en uno de los talleres, donde realizaban una actividad

de humor, en el cual la psicóloga iba contando chistes, y en un momento Pedro y Tota le pidieron si podía sacarse el barbijo porque no lograban entender lo que estaba diciendo. López Ledo (2008) postula que, al realizar una consigna en forma verbal, se debe tener en cuenta acompañarla con lenguaje corporal, como así también repetirla las veces que sea necesario.

En cuanto a la realización de cada encuentro, en relación al lugar físico, ella refiere que no hay un lugar edilicio específicamente, es por ello que se decidió utilizar el comedor ubicado en la planta baja donde todos tienen acceso. Esta cuestión debe tenerse presente, ya es más difícil crear un clima de tranquilidad y armonía debido a que hay otros estímulos que son difíciles de eliminar. En la sala hay algunos televisores prendidos, enfermeras realizando algunas actividades o gente que pasa por allí, esto dificulta como menciona López Ledo (2008) controlar los estímulos que están recibiendo, para así poder crear un ambiente de confianza.

Otro de los aspectos mencionados en referencia al lugar, es la posibilidad de la utilización del patio, siempre y cuando sea posible, teniendo en cuenta que para poder llevarlo a cabo, es necesario una mayor cantidad de personal y logística. Se ha observado que cuando se plantean actividades en este sector, los residentes asisten con mayor motivación, tal como menciona Gjai (2015) los residentes que se encuentran internados por un período menor a 5 años, prefieren la realización de actividades al aire libre.

Otra alternativa para aumentar la motivación en la realización de los talleres, es la participación con la familia, Si bien en este último tiempo no fue posible por estar atravesando la situación de pandemia, han podido experimentar con anterioridad esta situación, obteniendo resultados muy positivos, como refiere Sardinero Peña (2010) para no dejar de lado los intereses, motivaciones y afectos del adulto mayor, es recomendable incluir en este proceso al grupo familiar.

En referencia al trato con los adultos mayores, la psicóloga refiere que trabaja mucho desde el humor y la contención. Debe tener mucho cuidado cuando se trabaja con ciertos recuerdos, ya que algunos de ellos pueden generar muchas angustia o resistencia, tal como cita López Ledo (2008) se los debe orientar a los adultos mayores en que es lo que deben o no hacer, siempre con un trato cuidado, esto implica evitar comentarios agresivos o de mal modo. A su vez se debe fomentar el humor, en relación con ello, se pudo observar un taller donde una de las actividades consistía en contar chistes, en un primer momento los chistes eran contados por la psicología, y luego se invitaba a los

participantes si se animaban a contar algún chiste, varios de ellos se animaron a compartirlo.

Po último, en relación con la evaluación, al ingresar a la institución se les realiza una batería de pruebas neuropsicológicas para poder realizar un diagnóstico en cuanto a su desempeño cognitivo y psicológico, para luego poder hacer una correcta intervención. Es indispensable, como menciona Peña Casanova (1999), que se tengan en cuenta las necesidades individuales, para ello es necesario que cada residente cuente con una evaluación precisa, no solo neurológica, sino también clínica y psicológica.

Al transcurrir un tiempo en la residencia, según refiere la psicóloga, se le vuelven a administrar las técnicas para ver como continúa su desempeño cognitivo. Son evaluados también por psiquiatras en caso de que lo requieren y por terapeutas ocupacionales, con quien se intenta trabajar conjuntamente para el desarrollo de las actividades de estimulación cognitiva. En relación con la evaluación, ésta debe ser continua, regular e interdisciplinaria (Sardinero Peña, 2010).

6. Conclusiones

A modo de concluir con este trabajo, se puede evidenciar la importancia de la intervención e influencia del área de psicología en esta residencia geriátrica, ya que, sin ella, los talleres de estimulación cognitiva serían casi inexistentes. Con anterioridad a la incorporación de la psicóloga al staff de trabajo, estos espacios para dichos talleres no eran tenidos en cuenta, siendo estos mismos tal como describe Sardinero Peña (2010) de gran importancia, considerando que a partir de la estimulación cognitiva de los dominios, se puede llegar a crear nuevos circuitos cerebrales provocando cambios positivos en el cerebro. Tal importancia, reside en que la mayoría de los residentes de la institución poseen signos de envejecimiento o deterioro cognitivo, lo cual provoca cierta dificultad en la realización de las actividades habituales, consecuencia del declive de las capacidades cognitivas superiores. (Allegrí & Roqué, 2015).

Realizando una revisión de los dominios cognitivos de los cinco residentes que decidieron participar de los talleres de estimulación cognitiva, a partir de la observación de diferentes videos y de la revisión de las historias clínicas, se evidencia que el dominio más afectado es la memoria, específicamente como menciona Ventura (2004) la modalidad de memoria de trabajo y la episódica, son las que presentan un deterioro más significativo, a diferencia de la memoria semántica, que se mantiene más preservada. De lo contrario, los dominios que se encuentran prácticamente conservados, casi sin alteración alguna, son las gnosias y las praxias. Las restantes funciones cognitivas como son la atención, el lenguaje y las funciones ejecutivas, si bien presentan cierto declive, no son en su mayoría las más deterioradas, ya que tal como menciona Guerra (2003) al envejecer, en algunos adultos mayores puede verse afectado de manera significativa cierta función superior, y misma función permanecer inalterable en otro sujeto de igual edad.

Las técnicas de estimulación cognitiva que se plantean en la institución son variadas, intentando abarcar todos los dominios cognitivos. Estas mismas se planifican cada 15 días, realizándose dos veces a la semana con una duración de aproximadamente dos horas, su convocatoria es voluntaria, aunque se intenta que participen la mayor cantidad de residentes.

Se evidencia, en referencia a lo mencionado anteriormente, que en su mayoría los talleres están destinados a la estimulación de la memoria y atención, y en una menor proporción, se planifican para la estimulación del lenguaje y funciones ejecutivas. En una proporción mínima hay talleres destinados a las apraxias y agnosias, esto es debido a que son los dominios que se mantienen más preservados en los adultos mayores con deterioro

cognitivo leve. En referencia a estos dominios solo se observó un taller de cada uno, si bien fueron muy ricos en cuanto a sus actividades, no se observó gran variedad de tareas.

Para la preparación de estos talleres, la psicóloga refiere que tiene en cuenta, más allá de las características generales del grupo, las necesidades y particularidades de cada adulto mayor, para poder lograr un correcto desempeño en cuanto a las actividades. Esto implica realizar pruebas diagnósticas y entrevistas psicológicas, tanto a los adultos mayores como a sus familiares cuando los residentes ingresan a la institución, esto va a facilitar una correcta intervención, como menciona Peña Casanova (199) es necesario, para poder tener en cuenta las demandas y particularidades de cada adulto, realizar pruebas y evaluaciones tanto clínicas, como psicológicas y neurológicas.

Otras de las pautas a tener en cuenta para trabajar con población adulta, según refiere la psicóloga de la institución, es el trato que debe tenerse hacia ellos, este mismo debe ser amable y trabajar mucho desde el humor, evitando todo tipo de frustraciones que puedan surgir en el desarrollo de las actividades. Otro de los elementos que debe tenerse presente, es buscar un lugar adecuado donde todos tengan fácil acceso, también como menciona López Ledo (2008) debe intentarse medir los estímulos que los adultos mayores reciben, para fomentar un ambiente de confianza. También se intenta, que puedan realizarse actividades al aire libre, ya que esto genera que los adultos asistan con mayor entusiasmo, como menciona Sardinero Peña (2010) para poder incluir los aspectos emocionales, motivaciones y afectivos de las personas mayores, es conveniente hacer participar al grupo familiar.

Retomando lo que se mencionó al comienzo de dicho apartado, luego de todo lo expuesto, se puede mencionar que existe evidencia para sostener la importancia del desarrollo de los talleres de estimulación cognitiva en adultos mayores con deterioro cognitivo leve, ya que estos mismos favorecen de manera integral la calidad de las personas en edad avanzada, puesto que como menciona Jara Madrigal (2007) dichos talleres de estimulación cognitiva, deben apuntar en su gran medida, a aumentar las potencialidades de los adultos mayores y no solamente a disminuir o detener los daños e incapacidades.

En referencia a las limitaciones o dificultades, en una primera instancia, la pasante menciona como principal limitación la situación de pandemia consecuencia del Covid, tanto para la realización de dicho trabajo como para el desarrollo de los talleres de estimulación en la institución geriátrica. En cuanto a la realización de éste mismo, una de las limitaciones encontradas fue el no tener acceso a la institución de forma presencial,

impidiendo así mayor recolección de información y menores posibilidades de observación, ya que asistiendo al geriátrico las observaciones se podrían haber realizado tanto a los talleres dictados, como así también ver el desempeño de las actividades de la vida diaria de las personas. Esta limitación, también afectó la posibilidad de poder evaluar la evolución o no de los residentes luego de participar de los talleres de estimulación, ya que como menciona Peña Casanova (1999) las actividades de estimulación apuntan y no solamente a la rehabilitación de las funciones cerebrales superiores, sino que también buscan favorecer un desarrollo integral de los adultos mayores, esto no pudo corroborarse en el transcurso de la práctica como así tampoco en la realización de dicho trabajo.

Al realizarse de modo virtual, las observaciones se vieron limitadas a cierto número de videos, perdiendo cualquier contacto o vinculo personal que se haya podido generar con ellos. Otra limitación ocurrida en el transcurso de la realización de dicho trabajo fue que la institución se vió afectada por personas contagiadas de Covid, tanto personal como residentes, lo cual tuvo como consecuencia que por un tiempo los talleres estuviesen suspendidos, que la psicóloga no haya podido asistir a la institución por estar contagiada y que personas convocadas para realizar el taller de estimulación, resultaran fallecidas.

En lo que respecta a los talleres propiamente dichos, como limitación la pasante observa la falta de personal y de espacios apropiados para la realización de los mismos. Al no contar con la cantidad de personal suficiente, los talleres deben hacerse en general para todo el grupo, sin tener en cuenta las diferencias y necesidades individuales, provocando así que los resultados de las actividades no sean los esperados. En referencia a esta limitación, dicha pasante plantea la pregunta, si no existiese la posibilidad de incorporar pasantes de los últimos años de ciertas universidades, tanto de las carreras de psicología como de terapia ocupacional, para poder colaborar con los talleres, y así poder dividirlos en grupos según su desempeño, teniendo en cuenta sus necesidades particulares, tal como menciona Gai (2007) para realizar una óptima planificación de los talleres destinados a adultos mayores, se debe no solo tener presente sus necesidades y preferencias individuales, sino también respetarlas.

En referencia a no tener un espacio apropiado, provoca que las tareas en algunas ocasiones no puedan cumplir con el objetivo propuesto, ya que en el ambiente se presentan otros estímulos distractores, teniendo en cuenta que son personas cuyo dominio referente a lo atencional, está deteriorado, esto es de fundamental importancia, ya que en

el desarrollo de talleres con adultos mayores, se debe tener en cuenta la proporción de estímulos que reciben para poder crear un ambiente favorable (López Ledo, 2008).

Otra limitación consecuencia de la pandemia, fue la no realización de los talleres incluyendo al grupo familiar, como interrogante surge sino existe la posibilidad de pensar el desarrollo de las actividades juntamente con familiares a través de ciertas plataformas virtuales, buscando incorporar nuevas tecnologías, o adaptaciones, como así también enseñarles a los adultos mayores la manipulación de aparatos tecnológicos. De esta forma, si permite tener un contacto más estrecho con familiares, se estaría incluyendo en los procesos de estimulación, no sólo el aspecto cognitivo, sino también los aspectos motivacionales y afectivos (Sardinero Peña, 2010).

En cuanto a futuras líneas de investigación, considerando que la pandemia mundial por Covid abrió nuevos modos de vincularse y precipitó a la sociedad a nuevas formas de relacionarse, de trabajar y de llevar adelante las actividades diarias, se considera que sería de mucha utilidad investigar sobre estos nuevos modos en la población de adultos mayores. Estas nuevas formas implican como principal herramienta los aparatos tecnológicos, este grupo en cuestión es el que más se encuentra alejado de ello, imposibilitando casi su utilización. Esto se pudo ver, tanto en los videos observados como en la entrevista con la psicóloga, la dificultad en la manipulación de los aparatos tecnológicos a la hora de poder comunicarse con sus familiares, o en algunas ocasiones, para realizar algún tipo de actividad. Ya sea por falta de conocimiento en su utilización o bien por tener alguna limitación física que imposibilitara su uso, como por ejemplo muchos residentes presentan disminución visual o auditiva.

Es el sector de la sociedad más vulnerable ante esta situación, y sumado a ello, se los vio obligados a aislarlos de sus afectos, lo cual dificulta cumplir con el objetivo de favorecer un desarrollo integral, ya que para alcanzar un estado máximo de bienestar tanto, psicológico como físico y social, las tareas destinadas a los adultos mayores deben llevarse a cabo en forma conjunta entre profesionales de la salud y familiares (López, 2002).

Es por esto, que sería de gran interés investigar las consecuencias que esto trae en las personas mayores, como así también investigar la posibilidad de nuevos dispositivos o dispositivos tecnológicos adaptados que permitan que, ante situaciones extremas, la cotidianidad de las personas mayores no se vea abruptamente interrumpida, ya sea en cuestión de vínculos interpersonales como en la posibilidad de continuar con la realización de sus talleres y actividades diarias, ya que todas las estrategias destinadas a

utilizar con los adultos mayores, deben estar orientadas a favorecer la autonomía personal (Berjano, 2002). Es de gran importancia generar nuevas investigaciones en el ámbito de la gerontología, ya que consecuencia de un gran aumento en la esperanza de vida, hay una gran demanda en lo que refiere a las estrategias destinadas a la salud de los adultos mayores (Jara Madrigal, 2007).

A modo de finalización de dicho trabajo, se espera que el mismo pueda servir como primera aproximación para poder observar y comprender el rol del psicólogo en un contexto novedoso, atravesado por una pandemia mundial, donde la normalidad de la vida cotidiana se vio seriamente afectada. Estas inevitables condiciones, llevaron tanto a los profesionales de la salud como a los residentes, a adoptar nuevos hábitos de vida. Agregando que la población de tercera edad fue la más damnificada y vulnerable ante esta situación. Se procura que este trabajo sirva de ayuda para entender la importancia de comprender al adulto mayor en un contexto más amplio, desde una mirada y perspectiva interdisciplinaria, entendiendo así la etapa de la vejez como un fenómeno complejo que intenta superar la visión descontextualizada. El envejecimiento debe ser considerado como un proceso humanizador (López Gómez & Marín Baena, 2016).

7. Referencias

- Afshar, H., & Alikhan, F. (2002). Age and empowerment amongst slum dwelling women in Hyderabad. *Journal Of Intenationa Development*, 1(14), 1153-1161. doi: 10.1002/jid.957.
- Allegri, R., & Roqué, M. (2015). *Deterioro cognitivo, Alzheimer y otras demencias. Formación profesional para equipo sanitario*. Buenos Aires: Universidad Nacional de la Matanza y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.
- Amengual, M.A. (2008). Agnosia. *Departamento de neurología cognitiva*, 2(16), 30-37.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Azcoaga, J. (1981). *Aprendizaje fisiológico y aprendizaje pedagógico*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Barber, J. S. (2017). An examination of age-based stereotype threat about cognitive decline: Implications for stereotype-threat research and theory development. *Perspectives on Psychological Science*, 1(12), 62-90. doi: 10.1177/1745691616656345.
- Berjano, P.E. (2002). Impacto social de la rehabilitación en los mayores: percepción de los mayores ante sus problemas de salud. *Revista Geriátrica*, 18(4), 12.
- Burin, D. I., Drake, M.A., & Harris, P. (2007). *Evaluación psicológica en adultos*. Buenos Aires: Paidós.
- Butman, J., Arizaga, R.L., Harris, P., Drake, M., Baumman, D., de Pascale, A., Allegri, R.F., Mangone, C.A. & Ollari, J.A. (2001). El "Mini-Mental State Examination" en español. *Revista Neurológica*, 26(1), 11-15.
- Castillo, C. M., Mascayano Tapia, F., Roa Herrera, A., Maray Ghigliotto, F., & Serraino Guerrero, L. (2012). Implementación de un programa de estimulación cognitiva en personas con demencia tipo Alzheimer. *Un estudio piloto en chilenos de tercera edad*, 12(2), 445-455. doi:10.11144.
- Dulce Ruiz, E. (2013). *Envejecimiento y vejez. Categorías conceptuales*. Santiago de Chile: Fundación Cepsiger para el Desarrollo Humano.
- Escobar, J. (2003). Intervención pedagógica y didácticas en adultos y adultos mayores para la actividad física. *Revista Digital*, 9(63), 1-10.
- Estevez Gonzalez, A., Garcia Sanchez, B., & Barraquer Bordas, L.I. (2000). Los lóbulos frontales: el cerebro ejecutivo. *Revista de Neurología*, 31(6), 566-577.
- Estevez Gonzalez, A., Garcia Sanchez, B., & Junqué, C. (1997). La atención: una compleja función cerebral. *Revista de Neurología*, 25(148), 1989-1997.

- Feldberg, C., & Demey, I. (2015). *Manual de rehabilitación cognitiva. Un enfoque interdisciplinario desde las neurociencias*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández Ballesteros, R. (2004). *La psicología de la vejez. Catedrática de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Encuentros multidisciplinares*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Ferrero, G. (1998). Envejecimiento y vejez (nuevos aportes). Buenos Aires: Atuel
- Garamendi Araujo, F., Delgado Ruiz, D.A., & Amaya Alemán, M.A (2010). Programa de entrenamiento cognitivo para adultos mayores. *Revista mexicana de medicina física y rehabilitación*, 22(1), 26 -31.
- Giai, M. (2015). Actividades recreativas en adultos mayores internos en un hogar de ancianos. *Revista Cubana Salud Publica*, 41(1), 115-129.
- Gigena, V., Mangone, C., Baumann, D., DePascale, A. Sanguinetti, R. & Bozzola, F. (1993). El test del reloj. *Revista Neurológica*, 18(7), 35-42.
- Glejzer, C. (2015). *Las bases biológicas del aprendizaje*. Buenos Aires: Facultad de Filosofía y letras.
- Gómez García, C., & Pérez Lancho, M. C. (2019). Demencia frontotemporal: programa de intervención psicológica en afasia progresiva fluente. *Revista Infad de Psicología*, 1(1), 297-306.
- González Palau, F., Buonanotte, F., & Cáceres, M. M. (2015). Del deterioro cognitivo leve al trastorno neurocognitivo menor: avances en torno al constructo. *Neurología Argentina*, 1(7), 51-58.
- Guerra, M. (2003). *Principios de Geriatría y Gerontología*. Lima: Centro UPCH, 339-348.
- Guzmán Olea, E., Maya Pérez, E., López-Romero, D., Torrespoveda, K. J., Madrid, V., Pimentel Pérez, B. M., & Agis Juárez, R. A. (2017). Eficacia de un programa de empoderamiento en la capacidad de autocuidado de la salud en adultos mayores mexicanos jubilados. *Salud y sociedad*, 1(8), 10-20. Doi 10.22199/S07187475.2017.0001.00001.
- Harris, P., Drake, M., & Allegri, R. (2001). Deterioro cognitivo leve: en búsqueda de la pre-demencia. *Acta Psiquiátrica psicológica*, 47(1), 11-20.
- Iacob R., & Arias C. J. (2010). El empoderamiento en la vejez. *Asociación Mexicana de Comportamiento y salud*. 2(2), 25-32. doi:10.5460/jbhsi.v2.2.26787.
- Jara Madrigal, M. (2007). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista Cúpula*, 27(2) 4-10.
- Kolb, B., & Whishaw, I. (2009). *Neuropsicología humana*. Madrid: Médica Panamericana.

- Labos, E., Slchavesky, A., Fuentes, P., & Manes, F. (2008). *Tratado de Neuropsicología Clínica*. Buenos Aires: Akaida.
- Lapiente, F. R., & Sanchez Navarro, J. P. (1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de Psicología*, *14*(1), 27-43.
- López, A., & Calero, M. D. (2009). Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. *Revista Española de geriatría y gerontología*, *44*(4), 220-224.
- López, O. (2003). Clasificación del deterioro cognitivo leve en un estudio poblacional. *Revista de Neurología*, *37*(2), 140-144.
- López García, A., López Bueno, L., Ariño Jordán, C. (2002). Nuevas alternativas en la rehabilitación de las personas mayores: Programa de rehabilitación psico funcional en centros de día Geriser. *Revista Geriátrica*, *18*(4), 18-21.
- López Gómez, M. P. & Marín Baena, R. A. (2016). Revisión teórica desde la psicología sobre representaciones sociales del envejecimiento y la vejez en Latinoamérica y España. *Revista Científica General José María Córdova*. *14*(17),155-202.
- López Ledo, S. (2008). Intervención en la calidad de vida de las personas mayores. Proyecto de estimulación. Residencia San Lázaro. Universidad Nacional de educación a distancia, España. Recuperado de: www.uned.es/intervencion
- López Pérez Diaz, A. G., Calero, M. D., & Navarro González, E. (2013). Predicción del deterioro cognitivo en ancianos mediante el análisis del rendimiento en fluidez verbal y atención sostenida. *Revista de Neurología*, *1*(56), 1-7.
- Moreno Flagge, N. (2013). Trastornos del lenguaje. Diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, *57*(1), 85-94.
- Muñoz Cespedes, J.M., & Tirapu Ustárroz, J. (2001). *Rehabilitación neuropsicológica*. España: Síntesis.
- Navarro González, E., Calero García, M.D., López Pérez Diaz, A., & Gómez Ceballos, A.L. (2008). Nivel de independencia en la vida diaria y plasticidad cognitiva en la vejez. *Escritos en psicología*, *2*(1), 74-84.
- Neubauer, A. B., Schilling, O.K., & Werner Wahl, H. (2015). What do we need at the end of life? Competence, but not autonomy, predicts intraindividual fluctuations in subjective well-being in very old age. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, *00*(00), 1-11. Doi: 10.1093/geronb/gbv052
- Neugarten, B., & Neugarten, D. (1987). The changing meanings of age. *Psychology Today*, May, 29-33.

- Nilton Custodio, E. H., David, L., Montesinos, R., Linares, J., & Bendezú, L. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anuales de la facultad de medicina*, 4(73), 321-330.
- Paffen, A.C. (2015). Neuropsicología y la localización de las funciones cerebrales superiores en estudios de resonancia magnética funcional con tareas. *Acta neurobiológica colombiana*, 31(1), 92-100.
- Papalia, D. (1991). *El desarrollo humano*. México: Mc Graw Hill.
- Peña Casanova, J. (1999). *Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer, fundamentos y principios generales*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Perea, B.M.V. (2001). Clasificación del Síndrome afásico. *Revista de Neurología*, 5(32), 483-488.
- Portellano Perez, J.A. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. España: McGraw-Hill Interamericana de España.
- Rodríguez Rey, R., Toledo, R., Diaz Polizzi, M., & Viñas, M.M.(2006). Funciones cerebrales superiores : Semiología y clínica. *Revista de la facultad de medicina*, 7(2),20-27.
- Salvarezza, L. (1988). *Psicogeriatría: teoría y práctica*. Buenos aires: Paidós.
- Sánchez Gil, Y. & Pérez Martínez, V. (2008). El funcionamiento cognitivo en la vejez: Atención y percepción en el adulto mayor, *Revista psiquiátrica*, 24(2), 3-20.
- Sardinero Peña, A. (2010). *Colección de estimulación cognitiva para adultos*. Madrid: Gesfomedia.
- Stenbock Hult, B., & Sarvimaki, A. (2014). The meaning of vulnerability to older persons. *Nursing Ethics*, 4(23), 372-383. doi: 10.1177/0969733014564908.
- Takumi, A., Soma, Y., Kitano, N., Jindo, T., Sato, A., Tsuonda, K., Tsuji, T., & Okura, T. (2017). Change in hand dexterity and habitual gait speed reflects cognitive decline over time in healthy older adults: a longitudinal study. *The Journal of Physical Therapy Science*, 29(10), 1737-1741. doi: 10.1589/jpts.29.1737
- Ventrura, R.L. (2004). Deterioro cognitivo en el envejecimiento normal. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 5(2), 17-25.
- Weiss, D., & Kornadt, A.E. (2018). Age-Stereotype internalization and dissociation: Contradictory processes or two sides of the same coin?. *Association for psychological science*, 27(6), 1-7 . doi:10.1177/0963721418777774